

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INFLUENCE DU RAPPORT À LA MALADIE
SUR LE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PATIENTS
ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
GEORGIA VRAKAS

DÉCEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SCHIZOPHRENIC PATIENTS' RELATION
WITH THEIR ILLNESS AND ITS IMPACT ON SUICIDE RISK

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
GEORGIA VRAKAS

DÉCEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de thèse Michel Tousignant de m'avoir soutenue et de m'avoir encouragée durant ce long processus. Je tiens à remercier toutes les familles qui ont participé à ce projet de recherche et aux organismes, cliniques et hôpitaux participants, pour leur très précieuse collaboration. Je tiens à remercier Jean Bégin et Élise Côté de m'avoir aidée à faire mes analyses statistiques. Je remercie ma collègue et ma meilleure amie Arlene Laliberté de m'avoir tant aidée, d'avoir été là pour moi pour les bons et les moins bons moments et surtout d'avoir été une très très bonne amie.

Je remercie mon conjoint, mon amour, Francis Caron. Merci d'avoir cru en moi, en mes capacités, de m'avoir soutenue, surtout durant ces dernières semaines. Je veux remercier mes deux sœurs, Joanne et Mary, qui m'encouragent depuis plusieurs années dans cette démarche. Je veux surtout remercier ma mère qui m'a inspirée à étudier la psychologie et mon père qui m'a inspirée à entamer, et surtout à terminer mon doctorat. Thank you so much, both of you. I love you.

TABLE OF CONTENTS

LIST OF TABLES	vii
LIST OF FIGURES	viii
RESUMÉ	ix
ABSTRACT	1
INTRODUCTION	3
<u>CHAPTER I</u> Schizophrenia	5
1.1. Definition, subtypes, prevalence and course	5
1.1.1. Definition and subtypes of schizophrenia	5
1.1.2. Prevalence	7
1.1.3. Illness course	7
1.2. Schizophrenia risk factors and causes	9
1.2.1. Heredity and developmental risk factors	9
1.2.2. Brain development	10
1.2.3. Genetic risk factors	10
1.2.4. Societal risk factors	11
1.3. Comorbidity in schizophrenia	11
1.3.1. Depression	12
1.3.2. Substance use	12
1.3.3. Obsessive-compulsive disorder	13
1.4. Suicide risk in schizophrenia	13
1.4.1. Demographic factors associated to suicide in schizophrenia	14
1.4.2. Clinical risk factors associated to suicide in schizophrenia	16
1.4.3. Communication of suicidal intent	17
1.4.4. Treatment: hospitalization and medication	17
1.4.5. Illness course	19

1.4.6.	Illness phase, subtype and suicide risk.....	19
1.4.7.	Comorbidity and suicide in schizophrenia.....	20
1.4.8.	Awareness of illness, and suicide.....	21
1.4.9.	Life events and suicide in schizophrenia	22
<u>CHAPTER II</u> Goals of the study and hypotheses		27
2.1.	Summary	27
2.2.	Goals of the study	29
2.3.	Variable definitions.....	31
2.4.	Hypotheses	32
2.4.1.	Internal factors	32
2.4.2.	External factors:	33
<u>CHAPTER III</u> Methodology		34
3.1.	Study design	34
3.2.	Procedure.....	38
3.2.1.	Subjects	38
3.2.2.	Informants	40
3.2.3.	Ethical approval and participants' consent	42
3.3.	Assessments	42
3.3.1.	Sociodemographic data	43
3.3.2.	Psychiatric diagnoses	43
3.3.3.	Awareness, acceptance of illness and acceptance of treatment	43
3.3.4.	Family's acceptance of subject's diagnosis	45
3.3.5.	Family support	45
3.3.6.	Validity and reliability of appended questions.....	46
3.3.7.	Life events and difficulties.....	48
3.4.	Analyses	48
3.4.1.	Awareness of abnormality or of illness.....	49
3.4.2.	Acceptance of illness.....	50
3.4.3.	Acceptance of treatment.....	50

3.4.4.	Family's acceptance of the subject's illness	51
3.4.5.	Family's involvement in the subject's treatment.....	51
<u>CHAPTER IV Results</u>		<u>53</u>
4.1.	Sociodemographic variables	53
4.2.	Suicide method.....	56
4.3.	Awareness, acceptance of illness and of treatment.....	56
4.4.	Number of years lived with diagnosis.....	60
4.5.	Family's acceptance of the illness at the time of diagnosis	60
4.5.1.	Family's acceptance of the subject's diagnosis	60
	Father's acceptance	61
4.5.2.	Family's involvement in the subject's treatment	64
4.6.	Life events and difficulties.....	66
4.7.	Secondary results	71
4.7.1.	Schizophrenia subtype and symptoms	71
4.7.2.	Axis I disorders	74
4.7.3.	Axis II disorders.....	77
4.8.	Correlations	80
4.9.	Predictors of suicide.....	82
<u>CHAPTER V Discussion</u>		<u>84</u>
5.1.	Internal factors and suicide risk in schizophrenia	85
5.1.1.	Awareness of illness.....	85
5.1.2.	Acceptance of illness and acceptance of treatment.....	86
5.1.3.	Illness course	87
5.2.	External factors and suicide risk in schizophrenia.....	88
5.2.1.	Family's acceptance of the illness and involvement in the treatment.....	88
5.2.2.	Life events	89
5.3.	Secondary results	91
5.3.1.	Schizophrenia subtype and symptoms	91
5.3.2.	Axis I disorders	94

5.3.3. Axis II disorders.....	95
5.4. Predictors of suicide.....	96
5.5. Schizophrenic patients' relation with their illness	96
5.6. Limitations and strengths of the study	103
5.7. Implications for research.....	106
5.8. Implications for prevention and intervention.....	108
CONCLUSIONS.....	111
REFERENCES.....	113
APPENDIX 1	129
APPENDIX 2.....	131
APPENDIX 3.....	134
APPENDIX 4.....	145
APPENDIX 5.....	291
APPENDIX 6.....	336
APPENDIX 7	338
APPENDIX 8.....	341
APPENDIX 9.....	347
APPENDIX 10.....	363

LIST OF TABLES

Table	Page
3.1. Description of informants	41
3.2. Concurrent validity.....	47
4.1. Description of the subjects : Sociodemographic information	55
4.2. Awareness of illness, acceptance of illness and of treatment	58
4.3. Family's acceptance of the illness at the time of the diagnosis	61
4.4. Life events and difficulties	68
4.5. Schizophrenia symptoms	73
4.6. Presence of comorbid Axis I disorders	75
4.7. Comorbid Axis II disorder symptoms	78
4.8. Pearson correlations	81

LIST OF FIGURES

Figure	Page
4.1. Acceptance of illness and acceptance of treatment	59
4.2. Family's acceptance of the subject's illness at the time of the diagnosis	63
4.3. Family's involvement in the subject's illness treatment	65
4.4. Life events related to illness in the last 12 months	69
4.5. Life events related to illness reflecting deterioration and those involving violence	70
4.6. Group differences regarding current depression not otherwise specified	76
4.7. Avoidant and schizoid personality disorder symptoms	79
4.8. Predictors of suicide	83

RÉSUMÉ

Les patients atteints de schizophrénie sont très à risque de se suicider. En effet, leur taux de suicide à vie varie entre 4 % à 15 %. Plusieurs facteurs de risque sont associés à la schizophrénie dont les premières années du développement de la maladie, la phase active de la maladie, la comorbidité avec les troubles de l'Axe I, la conscience de la maladie, et les événements de vie. La littérature existante sur la conscience de la maladie est contradictoire et celle sur les événements de vie est peu développée. De plus, aucune étude n'a systématiquement investiguer le rôle de l'acceptation de la maladie sur le risque suicidaire chez les patients atteints de schizophrénie.

Le but premier de cette étude : étudier l'impact du rapport à la maladie des patients atteints de schizophrénie sur le suicide. Pour ce faire, nous examinons l'influence de : 1) la conscience de la maladie sur le suicide, 2) l'acceptation de la maladie sur le suicide, 3) l'acceptation de la maladie par la famille et l'implication de la famille dans le traitement de la maladie sur le suicide, et 4) les événements de vie, plus particulièrement ceux « générés » par la maladie sur le suicide.

La présente recherche est une autopsie psychologique où un groupe de 29 personnes, décédées par suicide ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif, a été comparé avec un groupe de 33 patients vivants atteints de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif. Les entrevues sont menées avec un membre de la famille. La collecte de données se fait sur : 1) des informations sociodémographiques, 2) les diagnostics de l'Axe I et II, 3) la conscience de la maladie, l'acceptation de la maladie et du traitement du sujet, l'acceptation de la maladie par la famille, l'implication de la famille dans le traitement de la maladie à l'aide d'un questionnaire que nous avons développée et validé, et 4) les événements de vie et les difficultés vécus durant les douze derniers mois à l'aide du Life Events and Difficulties Schedule.

Les résultats indiquent qu'un rapport négatif à la maladie augmente de façon significative le risque de suicide chez les personnes atteintes de schizophrénie. Plus précisément, le refus d'accepter sa maladie et les événements reliés à la maladie, pour la plupart des événements de vie sévères, prédisent le suicide, bien que d'autres variables telles que le refus d'accepter le traitement de la maladie et la dépression actuelle non spécifiée augmentent aussi le risque de suicide.

Mots clés : suicide, schizophrénie, trouble schizoaffectif, conscience de la maladie, acceptation de la maladie, acceptation du traitement, événements de vie, comorbidité

ABSTRACT

Schizophrenia affects approximately 0.2% to 2.0% of the population. Schizophrenic patients are at high risk for committing suicide. Indeed, their lifetime suicide rate varies between 4% to 15% and suicide is the first cause of premature death in this population. Various risk factors have been associated to suicide in schizophrenia such as past suicide attempt, communicating suicidal intent, early illness course, active illness phase, comorbidity with Axis I disorders such as depression or depressive symptomatology, awareness of illness and life events. The existing literature on awareness of illness is contradictory and the research on life events and suicide is sparse. The majority of these studies focused on attempted suicides, not completed suicides. Furthermore, no study has systematically investigated the role of acceptance of illness both the subjects' and his family's – on completed suicide.

The literature points towards the influence of certain "internal factors", namely awareness and acceptance of illness and certain "external factors", specifically the family environment and life events on suicide risk in schizophrenic patients. Thus, the main goal of the study is to examine schizophrenic patients' relationship with their illness and its influence on completed suicide. To do so, we will study: 1) the role of awareness of illness on suicide, 2) the role of illness acceptance and acceptance of treatment on suicide, 3) the influence of the family's acceptance and support on suicide, and 4) the role of life events, more particularly, illness-related events (i.e. those "generated" by the illness) on suicide.

The study design was a case-controlled psychological autopsy study in which we compare a group of 29 schizophrenic and schizoaffective patients who have committed suicide between 1997 and 2004 and a group of 33 living controls matched for age, sex and diagnosis. The subjects of the suicide group are recruited via the Coroner's Office and the Société Québécoise de Schizophrénie (SQS) in Montréal. The living controls are patients who have not had any serious suicide attempts in the past. They are recruited from hospitals, social rehabilitation programs, the Community Clinic in Verdun, the Allan Memorial Institute, and the Clinique des Jeunes Adultes Psychotiques.

The interviews are conducted, in both groups, with a close family member who knows the subject very well. Data is collected on: 1) sociodemographic variables 2) Axis I and II diagnosis, with the SCID I and II (based on the DSM IV), 3) the subject's awareness of illness, acceptance of illness, acceptance of treatment at the time of death as well as the family's acceptance of the illness at the time of the initial diagnosis and the family's involvement in the illness treatment at the time of death,

with a questionnaire we developed and validated, and finally 4) life events and difficulties with the Life Events and Difficulties Schedule (LEDS). Moreover, additional information is obtained through medical records when possible. The data is analyzed with Chi-Square tests, T-Tests, Fisher's Exact Test, correlations and logistic regressions.

The results indicate that a negative relation with one's illness does increase suicide risk. Specifically, refusal to accept illness and illness-related events, for the majority severe in nature, predict completed suicide, although other variables such as refusal to accept treatment and current depression not otherwise specified also increase suicide risk. The family's acceptance/rejection of the diagnosis and involvement in the illness treatment do not affect suicide risk, nor does the patient's awareness of illness. The findings suggest that suicide prevention and intervention should focus on fostering a positive relation with one's illness by supporting patients in accepting their illness and learning to live with it. Furthermore, mental health practitioners should be aware of depressive symptoms in their schizophrenic patients in order to adjust their treatment adequately.

Key words : suicide, schizophrenia, schizoaffective disorder, awareness of illness, acceptance of illness, acceptance of illness treatment, life events related to illness, comorbidity

INTRODUCTION

The term “suicide” comes from the Latin *sui*, self and *caederes*, to kill (Volant, 2001). It is the intentional death of oneself caused by oneself (Mishara and Tousignant, 2004). According to Shneidman (1995), suicide is “a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which suicide is perceived as the best solution” (p. 4). Suicide is caused by what he calls “psychache” which is the psychological pain one feels in one’s mind (Shneidman, 1994) and it permits one to escape from this distress by ceasing one’s consciousness of the pain (Shneidman, 1985).

People with a diagnosis of schizophrenia are at high risk for suicide. The literature has found a variety of factors associated with suicide in schizophrenia but few studies have investigated the relation a schizophrenic patient has towards his illness and its role in the suicidal process. The main goal of our study is to examine this particular relationship between the patient and his illness and its influence on suicide. To do so, we first examine, the impact of factors related to the illness per se (i.e. internal factors)—specifically awareness and acceptance of illness and acceptance of treatment—which have been the focus of few studies, and illness course on suicide risk. Secondly, we investigate the impact of external factors on suicide, such as life events and difficulties, which have also received little attention in scientific literature, as well as family and social support. Lastly, we study the relationship between these factors and their impact on suicide in schizophrenia.

We begin the first chapter by a complete description of schizophrenia, its risk factors, its onset and development. We then present a literature review on the risk factors for suicide in schizophrenia, with special focus on the sparseness of existing research on the influence of awareness and acceptance of illness and life events on suicide in this high risk population. In the second chapter, we elaborate the objectives of our study and our hypotheses. We concentrate our hypotheses into those examining “internal factors”, that is those situated more within than outside the individual, such as awareness of illness, acceptance of illness and treatment, schizophrenia symptoms and comorbidity, and “external factors”, that is the factors situated more outside than within the individual, such as life events, familial acceptance and support, although we are aware that internal factors affect external factors and vice versa. The methodology of the study is presented in the third chapter, followed by the detailed results in the fourth chapter. In the fifth and final chapter, the results are discussed in relation to the literature, the limitations and strengths of the study are presented, as well as research and clinical implications.

CHAPTER I

SCHIZOPHRENIA

1.1. Definition, subtypes, prevalence and course

1.1.1. Definition and subtypes of schizophrenia

Schizophrenia is a mental illness which encompasses a variety of specific signs and symptoms, present for a large part of a one month period, with some signs of the illness persisting for at least 6 months (Criteria A and C) (American Psychiatric Association, 1994). A marked social or occupational dysfunction is associated with these signs (Criterion B) (APA, 1994). The symptoms which characterize schizophrenia consist of cognitive and emotional impairments which “include perception, inferential thinking, language and communication, behavioral monitoring, affect, fluency and productivity of thought and speech, hedonic capacity, volition and drive, and attention” (APA, 1994, p. 274). These characteristic symptoms (criterion A) are divided into two categories. The positive symptoms are indicative of an exaggeration or distortion of normal functioning (e.g. delusions; hallucinations; disorganized speech; disorganized or catatonic behavior). The negative symptoms reflect a decrease of normal functions (e.g. flat affect; alogia: poverty of speech; avolition: inability to take part in “goal-directed activities”). The “active phase” of the

illness consists in the presence of the signs and symptoms (at least two out of five items) in a one-month period.

There are several subtypes of schizophrenia: Paranoid, Disorganized, Catatonic, Undifferentiated, and Residual types. The Paranoid Type is characterized by the presence of one or more delusions organized around a particular theme (e.g. persecution; grandiosity) or auditory hallucinations also organized around the same theme. The Disorganized Type is characterized by the presence of disorganized speech, disorganized behavior, flat or inappropriate affect, and excludes criteria for the catatonic subtype. There are few hallucinations or delusions present in this type and they are usually not organized around a particular theme. The Catatonic Type consists essentially of a psychomotor disturbance (e.g. immobility; excess purposeless motor activity; resistance to instruction or a refusal to move; voluntary inappropriate postures; senseless repetition of words/phrases or of other peoples' movements). The Undifferentiated Type consists of the presence of Criterion A for schizophrenia without meeting the criteria for the Paranoid, Disorganized, or Catatonic types. Finally, the Residual Type consists of having had at least one schizophrenia episode but currently having no prominent positive psychotic symptoms. There is however presence of negative symptoms or two (or more) positive symptoms, which are attenuated.

Other psychotic disorders include schizoaffective disorder, schizophreniform disorder, brief psychotic disorder, delusional disorder, shared psychotic disorder, psychotic disorder due to a general medical condition, substance induced psychotic disorder and psychotic disorder not otherwise specified (N.O.S.). Schizoaffective disorder is characterized by symptoms that meet criterion A of schizophrenia while simultaneously presenting a major depressive episode, a manic episode or a mixed episode (i.e. where criteria for both depressive and manic episodes are met). Schizophreniform disorder is characterized by symptoms meeting criterion A of

schizophrenia, not caused by drug use or a medical condition and with an episode lasting from one to 6 months. A brief psychotic disorder lasts between one day and one month or less and is characterized by at least one of the following symptoms: delusions, hallucinations, disorganized speech and grossly disorganized or catatonic behavior. Delusional disorder is characterized by non-bizarre delusions, that is, those that involve real-life situations (e.g. being followed) for at least a one-month period. In this disorder, criterion A of schizophrenia is never met and the person does not have a marked functional impairment. In the case of shared psychotic disorder, the person's delusion is influenced by that of another person who has had this delusion for a longer period of time. There are also psychotic disorders due to a general medical condition and those that are substance-induced. Finally, psychotic disorder not otherwise specified does not meet the criteria for any one of the above described disorders but does fall in the general category of psychotic disorders.

1.1.2. Prevalence

Schizophrenia affects approximately 0.2 % to 2.0 % of the population according to various studies (APA, 1994). This variation is due to the different methods, population samples, and definitions of schizophrenia. Taking this into consideration, the lifetime prevalence of schizophrenia is estimated to be between 0.5 % and 1 % (APA, 1994). According to recent research, this prevalence is closer to 0.87 % (Perälä, Suvisaari, Saarni, Kuoppasalmi, Isometsä, Pirkola, et al., 2007). The annual incidence rate of schizophrenia is approximately 1 per 10 000 (APA, 1994).

1.1.3. Illness course

The average age onset of schizophrenia differs for men and women. The most common onset is in the early to mid-twenties in men and in the late twenties for women (APA, 1994; Häfner and an der Heiden, 1999). In the majority of cases, onset

is gradual, with a prodromal phase consisting of various signs including most often negative symptoms, with the later appearance of psychotic symptoms. The active illness phase is characterized by psychotic symptoms (delusions, hallucinations, strange behavior) and distress. The active illness phase is followed by the residual phase which is similar to the prodromal phase while being more severe.

The age of onset of schizophrenia is often indicative of the type of prognosis. An early age of onset (i.e. late adolescence; early twenties) is most often found in males with a poor premorbid adjustment, less education, a higher presence of brain abnormalities, more negative symptoms, more cognitive impairment, and a worse prognosis (Alptekin, Erkoç, Göğüs, Külfür, Mete, Üçok, and Yazici, 2005; Dernovsek and Tacvar, 1999; Joyce, 2005; Tuulio-Henrikson, Partonen, Survisaari, Haukka, and Lönnqvist, 2004). A later age of onset (i.e. late twenties; early thirties) is more often found in women with less brain abnormalities, cognitive impairment, social functioning and is indicative of a better prognosis. Complete remission is uncommon in this illness (APA, 1994; Ochoa et al., 2006).

A poorer outcome, in terms of symptom severity, has been found in schizophrenic patients who hold beliefs about greater negative consequences related to their illness compared to those who have more positive beliefs about it in a six-month lapse of time (Lobban, Barrowclough, and Jones, 2004).

In summary, schizophrenia is a severe and persistent mental illness affecting between 0.2 % and 2.0 % of the population, with an earlier age of onset indicating a worse prognosis and in which negative beliefs regarding illness consequences may affect the severity of symptoms.

1.2. Schizophrenia risk factors and causes

Although, there is not one single cause per se of schizophrenia, several risk factors or causes of this disorder have been identified by previous research. These range from those found within the individual, within the family and within society (Broome, Woolley, Tabraham, Johns, Bramon, Murray, et al., 2005; Cannon and Clarke, 2005; Compton, 2004).

1.2.1. Heredity and developmental risk factors

In terms of heredity, only 10 % of patients with schizophrenia have a parent with the illness. However, having a first degree relative with the illness is a replicated factor which increases most the risk of developing schizophrenia: twin studies have shown a 40 to 50 % concordance in monozygotic twins versus 10 to 15 % in dizygotic twins (Compton, 2004; Tsuang, 2000). Another research finding which suggests a genetic component to schizophrenia is eye-tracking deficits associated to frontal dysfunction in relatives of schizophrenic patients (O'Driscoll, Benkelfat, Florencio, Wolff, Joober, Lal, and Evans, 1999). The results of these studies suggest that schizophrenia may be, at least in part, caused by hereditary factors. This is further supported by Cannon and Clarke (2005), who found that during childhood, 25 % to 60 % of children who have a parent with schizophrenia display developmental abnormalities, such as gross and fine motor impairment, attentional and information processing deficits, cognitive and neuropsychological deficits, as well as behavioral and social deficits among others.

Furthermore, these types of neuromotor, language and cognitive developmental deficits during childhood also seem to be specifically associated with schizophrenia. Broome and colleagues (2005), in their review article discuss, among other types of risk factors, the developmental perspective on schizophrenia which proposes that being exposed to certain stressors, at the prenatal stage, affects the development of

the brain which then predisposes the individual to develop psychosis. Moreover, studies have shown that being exposed to influenza or other respiratory tract infections during the second trimester of the prenatal phase, as well as rubella, the polio virus and herpes simplex have all been associated to schizophrenia. Life stressors affecting the pregnant mother, such as the death of the spouse or going through catastrophic events during pregnancy have also been associated with schizophrenia. Other risk factors during the neonatal phase such as complications at delivery have also been linked to later schizophrenia development.

1.2.2. Brain development

People at risk for schizophrenia have structural brain abnormalities which are similar to schizophrenic patients (Cannon and Clarke, 2005; Compton, 2004). Meta-analysis studies have shown that schizophrenic patients have a global brain volume that is smaller than normal controls and a total ventricular volume that is higher than in the comparison group (Wright, Rabe-Hesketh, Woodruff, David, Murray, and Bullmore, 2000).

1.2.3. Genetic risk factors

Some studies have demonstrated links between specific genes and schizophrenia, such as neureglin (NRG1), dysbindin (DTNBP1), G72, D-aminoacid oxidase (DAAO), regulator of G-protein signaling-4 (RGS4), catechol-O-methyltransferase (COMT), praline dehydrogenase (PRODH) (see Harrison and Owen, 2003 for review).

Genes do not act alone on the development of schizophrenia as was demonstrated recently in a longitudinal study by Caspi and colleagues (2005). Their research examined the effect of adolescent cannabis use on the development of psychosis. The

results indicate that an interaction between a functional polymorphism in the COMT gene and adolescent-onset cannabis may predict the development of psychosis in adulthood.

1.2.4. Societal risk factors

Some studies have linked environmental influences and schizophrenia such as living in urban areas. It is hypothesized that urban settings expose individuals to pollution, various stressors and health risk factors such as smoking, alcohol and drug misuse and that all of these in turn affect early brain development, thus increasing the risk for developing psychoses (Cannon and Clarke, 2004). A recent study (Allardyce and Boydell, 2006) presenting a review of thirteen studies examined the association of neighborhood-level social environmental factors on schizophrenia and found that high rates of psychosis are more present in socially disorganized areas.

In summary, these studies suggest that schizophrenia does not develop solely because of certain specific genes or only because of certain environmental factors such as being exposed to illness or various types of stressors during the prenatal phase, cannabis use in adolescence or living in urban settings and socially disorganized areas. Rather, schizophrenia seems to be the result of complex gene-environment interactions that have yet to be completely and clearly understood. Furthermore, although schizophrenia presents itself at the earliest during adolescence, with some rare cases presenting themselves during childhood, certain neuromotor, cognitive and language abnormalities during childhood may be associated to the development of schizophrenia.

1.3. Comorbidity in schizophrenia

People with a diagnosis of schizophrenia can also sometimes present comorbid disorders or symptoms. Indeed, various comorbid disorders have been

linked to schizophrenia (Fenton, 2001). These include depression, alcohol and substance use disorders and obsessive-compulsive disorder.

1.3.1. Depression

Depression seems to be highly correlated with the severity of symptoms and with the presence of positive symptoms of schizophrenia (Zisook, McAdams, Kuck et al., 1999; Maggini and Raballo, 2006). Male and female schizophrenic patients are more likely to have mild to moderate and severe depression than normal controls. Furthermore, research has found a relatively high prevalence of depressive symptoms in schizophrenic patients, ranging from depressed mood to clinical depression (Bottlender, Straub and Möller, 2000; Maggini and Raballo, 2006). Several studies have also found that depressive symptoms are present during schizophrenia illness onset (Häfner and an der Heiden, 1999; an der Heiden, Könncke, Maurer, Ropeter, and Häfner, 2005).

1.3.2. Substance use

Schizophrenic patients present comorbid substance use, the lifetime prevalence of substance use disorders in psychosis being relatively high (40 %). Schizophrenic patients display high risks for substance-use disorders and a majority of these patients smoke (60 to 80 %) (Barnes, Mutsatsa, Hutton, Watt, and Joyce, 2006; McEvoy and Allan, 2003). Approximately 27 % of schizophrenia patients display a lifetime diagnosis of alcohol abuse or dependence (Kavanagh et al., 2004). A similar percentage shows lifetime substance abuse or dependence, specifically cannabis use (Barnes et al., 2006; Kavanagh et al., 2004). Moreover, approximately 45 % manifest a lifetime repeated use of illicit drugs, cannabis being the most frequently used. Substance abuse is associated with treatment non-compliance and a higher number of hospitalizations in schizophrenic patients. It is also a strong

predictor of relapse in schizophrenia (Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey, and Inderbitzin, 1996).

1.3.3. Obsessive-compulsive disorder

Various studies have investigated the link between schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD) and the comorbidity rate is situated between 14 % and 23 % in samples of patients with schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders (Byerly, Goodman, Achlonu, Bugno, and Rush, 2005; de Haan, et al., 2005; Poyurovsky, Fuchs, and Weizman, 1999). In addition, the odds of developing schizophrenia are increased by 3.5 in people with a diagnosis of obsessive compulsive disorder (Compton, 2004). Various studies on this subject have yielded contradictory results regarding the effects of obsessive-compulsive symptoms (OCS) on schizophrenia spectrum patients' affect. According to some, OCS are associated to impaired functioning and outcome as well as depressive symptoms (de Haan, Boogenboom, Beuk, van Amelsvoort, and Linszen, 2005; Fenton, 2001), but others have found no difference in the presence of depressive symptomatology between schizophrenia spectrum patients with or without OCS (Poyurovsky, Fuchs and Weizman, 1999).

In summary, schizophrenia has been associated with several comorbid conditions such as depression, alcohol and drug use and obsessive-compulsive disorder. Furthermore, it has been suggested that these disorders may negatively affect the functioning of the schizophrenic patient.

1.4. Suicide risk in schizophrenia

Schizophrenic patients present an excess mortality rate compared to the general population. Brown's (1997) meta-analysis of seventeen studies found that the

standardized mortality rate (SMR)¹ of schizophrenia patients was 151 deaths per 10 000. Furthermore, this study revealed that the standardized mortality rate decreases with age because of the increased rate of suicide in younger people (20-30 years of age). Ichimiya, Ichimiya, Sakurai, and Takag (2005) also found, in their longitudinal study of 129 schizophrenic patients, an average age of death of 68.6 years for women and 64.2 years for men, both being lower than the mean age of life expectancy of men and women in the general population.

People suffering from schizophrenia are at high risk of committing suicide. Their lifetime suicide rate is estimated between 4 % (Inskip, Harris, and Barraclough, 1998; Palmer, Pankratz, and Bostwick, 2005) and 15 % (Amador, Harkavy-Friedman, Kasapis, Yale, Flaum, and Gorman, 1996). Suicide is the first cause of premature death in this population (Newman and Bland, 1991). It is the single largest cause of the excess mortality in schizophrenia (Brown, 1997). Schizophrenic patients make for the majority of suicides in psychiatric hospitals, accounting for 31 % to 78 % of them (Heila, Isometsa, Henriksson, Heikkinen, Marttunen, and Lonnqvist, 1999). The lifetime rate of suicide attempts in schizophrenia is also high, ranging from 20 % to 42 % (Caldwell and Gottesman, 1992).

1.4.1. Demographic factors associated to suicide in schizophrenia

Although some studies have found that the suicide rate in schizophrenia is similar between the two sexes (Caldwell and Gottesman, 1992; Haas, 1997), recent research has yielded the opposite results. De Hert, McKenzie and Peuske (2001) in their long-term follow-up study, Hawton, K., Sutton, Haw, Sinclair and Deeks (2005), in their review of 29 studies on the subject found that, just as in the general population where men commit suicide more often than women, it is also the case in

¹ Standardized mortality rate (SMR): The observed mortality rate of a cohort divided by the expected mortality of a cohort, matched for age and gender in the general population.

schizophrenia. Furthermore, Lester (2006), in his meta-analysis of all studies which had data for both male and female suicides separately, found that 0.50 % of men diagnosed with schizophrenia will die by suicide compared to 0.20 % of women diagnosed with this illness.

Suicide in schizophrenics is particularly common in younger people: suicide occurs on average in the thirties (30s), compared to non-schizophrenic psychiatric suicides who tend to be older (Kelly, Shim, Feldman, Yu, and Conley, 2005; Krausz, Mueller-Thomsen, and Hassen, 1995; Roy and Draper, 1995). According to some studies, schizophrenic men commit suicide at a younger age, between the ages of 20 and 39 approximately, compared to women who are at a higher risk between the ages of 30 and 39 (Haas, 1997). However, others have found that the age at the time of the suicide is not statistically significantly different between schizophrenic men and women (Kuo, Tsai, Lo, Wang, and Chen, 2005).

It has been suggested that schizophrenic patients who commit suicide are more often unmarried, or have never been married, and have never lived independently (Caldwell and Gottesman, 1992). However, according to Hawton and his colleagues (2005), in their meta-analysis which examined suicide risk factors in schizophrenia and related illnesses, being single is not a statistically significant risk factor although married or cohabiting patients are at lower, albeit non-significant, risk for committing suicide. Furthermore, not living with one's family is also associated with a higher suicide risk but living with one's family does not reduce the risk of suicide. According to this meta-analysis, the number of friends one has is not associated with the risk of suicide in schizophrenia. These results indicate that living with family and having several friends does not reduce suicide risk, while not living with family actually does increase suicide risk. This brings us to question what role, if any, do isolation and social support play on suicide risk in schizophrenic patients. For example, can having supportive parents help reduce suicide risk in the population? Is

the isolated patient more at risk to commit suicide than the one who has a close family? These questions are not clearly answered by this meta-analysis and deserve further attention.

1.4.2. Clinical risk factors associated to suicide in schizophrenia

An important risk factor of suicidal behavior in schizophrenia is past suicide attempt (Caldwell and Gottesman, 1992; De Hert, McKenzie, and Peuske, 2001; Haas, 1997; Kelly et al., 2005; Kuo et al., 2005; Rossau and Mortensen, 1997). The suicide risk increases immediately following the attempt. Past suicide attempts characterize a larger proportion of people with a diagnosis of schizophrenia who committed suicide compared to those who do not commit suicide (Hawton and Fagg, 1988). Approximately 20 to 50 % of schizophrenics who attempt suicide will eventually die by suicide (Roy, 1982; Roy, Mazonson, and Pickar, 1984).

The rate of suicide attempters in schizophrenic patients is indeed quite high. Thirty-three percent (33 %) have had at least one attempt and 60 % of all schizophrenic suicide attempters have had a history of multiple attempts (Harkavy-Friedman, et al., 1999). Generally, suicide attempts in this population are considered serious in that they require medical attention. Over half of attempts (52 %) are of moderate to extreme lethality and 57 % of attempters are admitted to hospital (Harkavy-Freidman et al., 1999).

Suicide attempts are more frequent in young schizophrenic patients who have had an early onset of illness (Gupta, Black, Arndt, Hubbard, and Andreasen, 1998), indicating a greater severity of illness. Suicide attempts more often take place following an acute phase of the illness with the highest risk for attempts being immediately after hospital discharge.

1.4.3. Communication of suicidal intent

Suicide does not seem to be an impulsive behavior in people diagnosed with schizophrenia: schizophrenic patients who have committed suicide were five times more likely to threaten to kill themselves in the past and were five times more likely to have attempted suicide than those who did not die by suicide in De Hert and colleagues' (2001) sample of 63 schizophrenic patients.

Heřila and colleagues (1998) found a history of communication of suicidal intent (CSI) to be as common in schizophrenic patients as patients with disorders other than schizophrenia. Interestingly, a past history of suicide attempt and/or communication of suicidal intent was more frequent in schizophrenic patients than in the non-schizophrenic group but was similar in the last three months preceding suicide. It seems, however, that schizophrenic patients had even more CSI and/or suicide attempts than patients without psychosis in the last three months before suicide. Also, schizophrenic patients had received more treatment in the last year preceding the suicide as compared to other patients with non-psychotic disorders. Fifty-one percent had a last contact with a health care professional within four days of the suicide, 70 % had a contact within two weeks, 82 % within one month and 96 % within three months. Thus, it seems that schizophrenic patients who committed suicide, not only had several contacts with health professionals in the months, weeks, and even days prior to committing suicide, but that they also had communicated their suicidal intent, verbally and/or non-verbally (e.g.: suicide attempts) (Heřila et al, 1998).

1.4.4. Treatment: hospitalization and medication

The first suicide attempt generally occurs following the first hospitalization for the treatment of the illness. More than 80 % of schizophrenic suicide attempters

report that their first suicide attempt was after the onset of psychosis or after their first hospitalization (Harkavy-Friedman, et al., 1999). One study found that 52 % of suicides in a large sample of schizophrenic and schizoaffective patients took place while the patient was hospitalized (De Hert, et al., 2001). Often, suicide in this population takes place during the period in which the patient is on leave from the hospital, after he has left with medical consent or in cases where the patient has actually run away from the hospital. The suicide risk is higher within the days, weeks or months following hospital discharge (Caldwell and Gottesman, 1992; Rossau and Mortensen, 1997). Furthermore, schizophrenic suicides have had more and shorter hospitalizations than schizophrenic patients who had not committed suicide (De Hert et al., 2001).

Regarding prescribed medication, a large part of schizophrenic patients who have committed suicide (57 %) in the active phase of their illness – which is the phase in which delusions, hallucinations and odd behavior are present – were not prescribed an adequate dose of neuroleptics or were not actually taking them. Another 23 % of these deceased patients were taking their medication. However, it was not producing the expected therapeutic effects (Harkavy-Friedman, et al., 1999). De Hert and colleagues (2001) also found that schizophrenic suicides were more likely than schizophrenic patients who had not committed suicide to have been taking antidepressants because of comorbid depression. Furthermore, seven times more patients who committed suicide, compared to those who did not kill themselves, did not adhere to their prescribed treatment and they were seventeen times more likely to have been hospitalized against their will (De Hert et al., 2001).

Recent research suggests that the only medication which seems to significantly decrease suicide risk in schizophrenic patients is the atypical antipsychotic, clozapine (Meltzer, 2002; Potkin, Alphs, Hsu, Krishnan, Anand, Young, et al., 2003) versus typical antipsychotic treatment (Altamura, Bassetti,

Bignotti, Pioli, and Mundo, 2003). These results point to particularly high risk periods for suicide following the initial onset of psychosis and following a hospital discharge. Furthermore, non-compliance to medication or inadequate treatment also increases suicide risk in this population.

1.4.5. Illness course

Suicide in schizophrenia occurs most often during the first ten years following the initial diagnosis (Harkavy-Friedman et al., 1999), even within the first five years (Kuo et al., 2005). Suicidal behavior is also more frequent in the beginning of the illness, more particularly during the first five years of the illness's psychotic phase. The suicide risk in schizophrenic patients decreases after illness onset, but remains high for several years afterward.

1.4.6. Illness phase, subtype and suicide risk

Illness phase also has an influence on suicide risk. Suicide seems to occur throughout the entire course of the illness. However, a large majority of suicides in schizophrenia occur in the active illness phase. In a study by Heïla, Isometsa, Henriksson, Heikkinen, Marttunen, and Lonnqvist (1999), three quarters of schizophrenic suicides in Finland took place in the active illness phase with two thirds of the women and one third of the men committing suicide during an acute exacerbation. As for the specific subtype of the illness, the most common among suicides are the paranoid and undifferentiated ones (Heïla, et al., 1999).

Regarding the type of schizophrenia symptoms, a meta-analysis by Hawton and colleagues (2005) indicates that the total number of positive symptoms is associated with suicide risk. However, hallucinations are associated with a lower suicide risk, and negative symptoms seem to have no association with risk. According

to a study by Kelly et al. (2005), the positive symptoms differentiating schizophrenic patients having committed suicide and those who have died by other means were a higher presence of thought control and thought insertion, loose associations and flight of ideas. The rest of the positive symptoms and the negative symptoms were similar in both groups. A study on violent self-harm in schizophrenia by Symonds, Taylor, Tippins, and Turrington (2006) found that wanting to die and acting on delusions were the motivations most commonly reported by schizophrenic patients who had self-harmed.

1.4.7. Comorbidity and suicide in schizophrenia

Suicide victims having a diagnosis of schizophrenia also more often have a comorbid diagnosis than non-schizophrenic suicides. A history of major depression or depressive symptomatology increases suicide risk in schizophrenics, which is also the case in the general population (Caldwell and Gottesman, 1992; Heïla, Isometsa, Henriksson, Heikkinen, Marttunen, and Lonnqvist, 1997; Kelly et al., 2005; Kuo et al., 2005; Potkin et al., 2003; Rossau and Mortensen, 1997; Tejedor, Castillon, Pericay, Puigdemívol, and Turnes, 1987). Heïla, Isometsa, and colleagues (1999) found that 51 % of schizophrenic suicides had depressive symptoms in the active phase of the illness and 13 % had a depressive disorder not-otherwise specified in the residual phase. However, comorbid depression in schizophrenia is often undetected by the treating professional or is misinterpreted as being a negative symptom of schizophrenia (Saarinen, Lehtonen, and Lonnqvist, 1999).

Regarding alcohol and substance use, studies have yielded somewhat contradictory findings. Alcohol abuse or dependence has been found in one fifth of schizophrenic suicides in a study by Heïla, Isometsa, and colleagues (1999), other substance abuse being rare. However, in a study by Kuo and colleagues (2005) on suicide in schizophrenic patients, the rates of comorbid alcohol and substance abuse

or dependence were low. Perhaps these contradictory results may be partially explained by the differences in alcohol and substance use, abuse and dependence in the countries where these studies were conducted (i.e. Finland; China). However, a recent meta-analysis by Hawton and colleagues' (2005), which included 29 studies conducted in various countries, found that suicide risk is highly increased in the presence of substance misuse or dependence whereas there is no association between alcohol abuse or dependence and suicide in schizophrenia.

1.4.8. Awareness of illness, and suicide

Is awareness of illness—i.e. the capacity to be aware of/be conscious of the fact that one has a mental illness—necessary for improving the mental health of schizophrenic patients? Often, patients with a diagnosis of schizophrenia may insist that they are mentally healthy (Roe and Kravetz, 2003). Lack of awareness of symptoms has been associated to severity of illness (Sevy, Nathanson, Visweswarajah, and Amador, 2004). Studies focusing on the importance of awareness of illness in mental illness have found conflicting results with some claiming that awareness has a negative impact on self-esteem (Karow and Pajonk, 2006; Kravetz, Faust, David, 2000) while others have found positive effects in patients who were aware of their mental illness (Amador et al., 1994; Drake, Haley, Aktar, and Lewis, 2000).

Research has attempted to examine the link between awareness of illness and suicide in schizophrenic patients. Of particular interest is that awareness of the illness, as measured by the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador et al., 1994), is associated with an increase in suicide attempts (Amador et al., 1996). This means that a patient who is more aware of the fact that he or she is schizophrenic is more at risk of committing suicide than one who is less aware of this fact. Negative symptoms have been associated with a decreased suicide risk because

it is suggested that they may be associated with increased neurological impairment, a lower IQ, and a diminished capacity for abstract thinking, hence affecting the individual's capacity for recognizing the presence of the illness. Thus, a higher IQ and a greater capacity of abstract thinking seem to be linked to increased suicide risk in this population (Fenton, 2000).

However, there have been contradictory findings in the literature concerning the impact of insight ratings or awareness of illness, on suicide, some suggesting that specific aspects of awareness may be linked to suicidal behavior (Pompili, Ruberto, Kotzalidid, Girardi, and Tatarelli, 2004; Yen et al., 2002). Some studies (Hawton et al., 2005; Recasens, Mimic, Dardennes, Guelfi, Rouillon, 2002; Yen, Yeh, Chen, and Chung, 2002) demonstrate that awareness of illness does not have an effect on anxiety, depression, nor suicidal risk in schizophrenic patients, and others suggest helping schizophrenic patients increase their awareness of illness will help reduce the risk of suicide (Bourgeois et al., 2004). Thus, it is unclear whether awareness of illness increases or decreases suicide risk based on the existing literature.

1.4.9. Life events and suicide in schizophrenia

Schizophrenia is a chronic mental illness with many relapses. The literature suggests that life events are associated to illness relapse in schizophrenia (e.g. Bebbington, et al., 1993; Das, Kulhara, and Verma, 1997; Hirsh et al., 1996) but it is divided on whether life events trigger the onset of the relapse or simply contribute to it (see Hirsh, Cramer and Bowen, 1992). Indeed, there appears to be a significant relationship between life events and the onset of psychosis (Bebbington et al., 1993). However, it seems more likely that life events make a cumulative contribution to illness relapse rather than trigger it (Das et al., 1997; Hirsh et al., 1996). Schizophrenic patients who have relapsed have experienced significantly more life events in the year immediately preceding the relapse compared to patients who have

not had a relapsed. The events occurred in the three to six-month period prior to relapse (Das et al., 1997). It seems that not taking medication makes an independent contribution to relapse (Hirsh et al., 1996) and that drug compliance is more related to relapse than the actual number of life events (Das et al., 1997).

Life events have been linked to suicide in general (Brent, Perper, Moritz, Baugher, Balach, and Schweees, 1993; Heikkinen, Aro, and Lonnqvist, 1992; 1994), as well as attempted suicide (Paykel, Prusoff, and Myers, 1975). That is, it seems that people having committed suicide have experienced stressful life events occur in the year and months preceding their death compared to those having died of other causes (Appleby, Copper, Amos, and Faragher, 1999). This is also the case in living subjects matched for age, sex, and mental disorder (Cavanagh, Owens, and Johnstone, 1999). It has also been suggested that there is a link between suicide in schizophrenia and life events (Tejedor, et al., 1987). Life events have been associated to suicide attempts in schizophrenic patients (Harkavy-Freidman, et al., 1999). In the only study specifically examining life events and completed suicide in adult schizophrenic patients, Heila, Heikkinen, Isometsa, Henriksson, Marttunen, and Lonnqvist, and colleagues (1999) found that the proportion of suicides with at least one recent life-event before suicide was higher in the non-schizophrenic group than in the schizophrenic one (83 % vs. 46 %) as was the mean number of life events in the last three months.

Furthermore, studies on suicide in schizophrenia found that schizophrenic patients who died by suicide had suffered a major loss in the past six months, a lot more so than schizophrenic patients who had not committed suicide (De Hert et al., 2001; Hawton et al., 2005). A recent study on life events and suicidality on adolescent patients (14-21 years of age) with schizophrenia also found that the nonsuicidal schizophrenic group had a higher number of life events than the suicidal schizophrenic group (Fennig, Horesh, Aloni, Apter, Weizman, and Fennig, 2005).

However, the suicidal group reported a larger percentage of negative life events than the nonsuicidal schizophrenic group. The instrument used to assess life events, in this study, was the Life Events Checklist, composed of 51 items on various life events. The respondent is also asked to rate his attitude (positive or negative) and the event's impact on his life (on a scale from 0 to 3, where 0 represents no effect and 3, significant impact). An important difference emerged between the two schizophrenic groups regarding the impact rather than the number of the life events: life events had a lower impact on the nonsuicidal schizophrenic group than in the suicidal schizophrenic group. Moreover, a significant difference between normal controls and both the suicidal and the nonsuicidal schizophrenic groups in Fennig's study is the presence of life events associated with family dysfunction in both schizophrenic groups (Fennig et al., 2005). Thus, an important element emerging from this research is that the impact of the number of life events per se does not influence suicide risk as much as the type of life event, the effect the life event has on the schizophrenic patient and the severity of the event.

Various factors have been linked to the presence of life events prior to suicide in schizophrenia (Heila, Heikkinen, et al., 1999). An abundance of social contacts is more present in subjects with life events. This means that subjects with life events are more likely to have had many social contacts compared to those without life events prior to suicide. Outpatient status is the strongest single predictor associated with the occurrence of any life event before suicide. Illness phase is another factor linked to life events in schizophrenia, particularly in the residual phase. There are more suicides in patients in the residual phase having had independent life events in the last week—i.e. events that are independent of the patient's behavior—than subjects in the active phase of illness. This suggests that when the patient is taking his medication, thus stabilizing his mental state, the life events that he experiences are less likely to be caused by his own behavior. Furthermore, irregular use of medication is linked to the occurrence of life events but only in the active illness phase (Heila, Heikkinen, et

al., 1999). The reasons behind the influence of regular or irregular medication use on dependent or independent life events is unclear but it does suggest that perhaps during periods where the patient is experiencing delusions, hallucinations and odd behavior (i.e. active illness phase), not taking medication regularly—which has the effect of worsening the patient’s symptoms – increases the likelihood of life events occurring.

Comorbidity with alcoholism is also associated with life events in suicide in schizophrenic patients. Indeed, these patients are found to more often have financial problems and being imprisoned in the last three months prior to suicide. It may be that the alcoholism contributes in “generating” life events for these patients. Comorbid depressive symptoms, however, are not linked with life events in the last three months (Heila, Heikkinen, et al., 1999). Being young and having a companion is associated to dependent life events prior to suicide in schizophrenic patients (Heila, Heikkinen, et al., 1999). Independent life-events are more prevalent in schizophrenic patients in the residual phase, especially in interaction with regular medication use and having a companion. In the active phase, the suicidal process does not seem to be linked to life events. According to the authors, “it rather may be due to ‘internal’ illness-related factors.” (Heila, Heikkinen, et al., 1999; p. 528), that is those related to the individual’s illness. Those “internal factors” influencing suicide risk have yet to be systematically investigated.

In summary, research on life events and suicide in schizophrenia is sparse and has yielded contradictory findings. Life events have been associated to attempted suicide in adult schizophrenic patients but not in an adolescent schizophrenic population. In the only study on suicide in an adult schizophrenic population, a higher number of life events were found in the non-schizophrenic suicide group than in the schizophrenic suicide group. The authors (Heila, Heikkinen, et al., 1999) suggest that this result may be explained by the fact that people with a diagnosis of schizophrenia

have less social contacts, thus lowering their probability of experiencing life events. Furthermore, illness phase and medication use are associated to life events and suicide in schizophrenia. These studies have varied in their use of instruments assessing life events but all of them are structured questionnaires using a checklist-type of format. This type of tool is limited in the richness of the content it yields since there is little possibility of retrieving information on the context of the life events. Moreover, these instruments contain no questions pertaining to the difficulties the subject may have experienced during the last year prior to suicide. Thus the existing data on life events in completed suicide in schizophrenia is quite limited and requires further investigation in order to achieve a better understanding of the types of events this high risk population experiences and the impact this has on suicide.

CHAPTER II

GOALS OF THE STUDY AND HYPOTHESES

2.1. Summary

There is a body of literature, although not extensive, on schizophrenia and suicide. There are a few interesting points, however, thus far in the existing literature, which raise several questions that may help us better understand schizophrenic patients' relation towards their illness and its influence of suicide risk. First, the literature is contradictory concerning the impact of awareness of illness on suicide risk (Amador et al., 1994; Amador et al., 1996; Bourgeois et al., 2004; Drake et al., 2000; Fenton, 2000; Karow and Pajonk, 2006; Kravetz, Faust and David, 2000; Pompili, et al., 2004; Recasens et al., 2002; Sevy et al., 2004; Yen et al., 2002). Second, no studies have specifically examined the role of acceptance of illness on suicide in schizophrenic patients. Third, irregular use of medication has been associated to suicide in schizophrenia in the active illness phase (Heïla, Isometsa, et al., 1999) and has also been associated to life events in the active illness phase as well (Heïla, H., Heikkinen, 1999). Fourth, suicide occurs most often during the first ten years following the initial diagnosis of schizophrenia in the active phase of the illness (Harkavy-Friedman et al., 1999). Finally, life events seem to be associated with suicide and schizophrenia (Harkavy-Friedman et al., 1999; Heïla, H., Heikkinen, 1999; Tejedor et al., 1987). More specifically, they are especially associated with

outpatient status, with more than half of suicide victims being outpatients at the time of their deaths. Furthermore, life events have been associated with hospital discharge, with almost half of the victims having committed suicide within the first three months after being discharged from the hospital. All of these findings raise interesting questions such as: Why does suicide specifically occur early versus later in the illness development? Why is irregular medication use associated to suicide in schizophrenic suicide victims? Why is it that these patients refuse to comply with their treatment?

These questions seem to point towards “internal factors”, specifically what we call awareness of abnormality or of illness and acceptance of the illness in these patients, and “external factors” namely life events and the family’s acceptance and support that may have an impact on suicide in schizophrenia. Regarding the internal factors, awareness of illness has been associated to suicide, but in some studies it has been found to increase the risk and in others it has been found to decrease it (Amador et al., 1996; Bourgeois et al., 2004; Fenton, 2000; Pompili et al., 2004; Yen et al., 2002). Irregular medication use increases suicide risk in schizophrenia (Harkavy-Friedman et al., 1999; De Hert et al., 2001). Furthermore, the literature has found that the presence of other Axis I disorders, specifically depressive symptoms, alcohol and other substance use are associated to suicide in schizophrenia (Caldwell and Gottesman, 1992; Hawton et al., 2005; Heïla, Isometsä, et al., 1999; Kelly et al., 2005; Kuo et al., 2005; Potkin et al., 2003; Rossau and Mortensen, 1997; Tejedor, et al., 1987). Moreover, active illness phase (Heïla, Isometsä, et al., 1999), positive symptoms (Hawton et al., 2005; Kelly et al., 2005; Symonds et al., 2006) increase suicide risk .

In regards to external factors, according to the existing literature, inadequate medication and life events, including hospital discharge, increase suicide risk. However, previous research has focused mostly on attempted suicide in schizophrenia in investigating the aforementioned internal and external factors. Regarding

awareness of illness, the instruments used to assess insight required a direct interview with the subject. As for life events, only one study was conducted on adult schizophrenic suicides using a life-events checklist covering solely a three-month period.

2.2. Goals of the study

This brings us to the goal of this study which was to investigate the influence of the relation schizophrenic patients have towards their own illness by specifically examining the impact of awareness of abnormality or of illness, as well as acceptance of the illness on suicide. Research is lacking on this point, and the existing literature is contradictory, thus we wished to examine the role of awareness of illness on completed suicide. Moreover, the lack of existing appropriate instrumentation to assess the various dimensions of illness insight in schizophrenic patients having committed suicide, requiring data collection from family members, we wished to develop an alternative awareness assessment technique, specifically for this type of schizophrenic population. We also included questions on illness acceptance and treatment acceptance (i.e. prescribed medication) in order to examine whether or not these have an impact on suicide. The literature indicates that medication non-compliance increases suicide risk but little is known about the effects of illness acceptance on suicide.

Secondly, we examined the role of "external factors" such as life events on suicide in schizophrenic patients. Based on the literature, life events do influence suicide risk in schizophrenia. We were particularly interested in life events related to the illness (e.g.: hospitalizations, loss of employment, etc.) since they can reflect the patients' relationship with their illness. Since there is only one study that has been conducted on schizophrenia, suicide and life events (Heila, Heikkinen, et al., 1999), we wished to investigate this topic by using a more refined methodology than the

instruments used in previous schizophrenia suicide research. In the present study, we used the Life Events and Difficulties Schedule (LEDS; Brown and Harris, 1989) to overcome the limitations of other life events assessment tools. We proposed to further probe and study the nature and severity life events and difficulties having taken place over the last year of schizophrenic suicides' lives by using instruments which enabled us to collect more details on the types of life events, than those used by Heila, Heikkinen, and colleagues who used an adapted version of 32 items from the Recent Life Change Questionnaire (Rahe, 1977 in Heila, Heikkinen, et al., 1999).

Furthermore, we explored the impact of the patient's familial support on suicide in schizophrenia. Various studies have shown that the family's attitude towards the patient has an impact on a schizophrenic patient's relapse. Researchers have studied family members' expressed emotion which is the family's attitude towards the psychiatric patient (Girón and Gómez-Beneyto, 1998; King and Dixon, 1999; Miklowitz, 2004), and found that specifically hostile, critical and emotionally over-involved attitudes have an effect on relapse. Since the literature also indicates that suicide risk is increased following life events related to family conflicts (Fennig et al., 2005), and family stress and dysfunction have been associated to suicide risk (Pompili, Amador, Girardi, Harkavy-Freedman, Harrow, Kaplan, et al., 2007), we investigated the influence of the patients' family environment on suicide risk.

Thus, our objectives were to examine: the role of awareness of illness on suicide; the impact of illness acceptance and acceptance of medical treatment on suicide; illness course and suicide in schizophrenia; the influence of familial acceptance and support on suicide; and the impact of life events – specifically illness-related life events – on suicide.

2.3. Variable definitions

Before exposing our hypotheses, let us first define in detail each of the variables we wish to study, beginning with the “internal factors”. Awareness of abnormality or of illness refers to being aware, conscious of the fact that one is not feeling well mentally, is mentally confused/perturbed or mentally ill. Acknowledging schizophrenia as being the cause of the strange mental state is not necessary. Recognition that one is acting and thinking in a strange manner, i.e. differently from others around him, is required however. One is aware of being “abnormal” but may refuse to interpret one’s abnormality as being caused by the medical diagnosis of schizophrenia.

Acceptance of illness refers to the patient accepting the fact that he or she is ill, specifically, that he or she has a diagnosis of schizophrenia. The patient may be aware that he or she is suffering or is abnormal (awareness of abnormality or of illness) with or without accepting the illness (acceptance of illness). When the person accepts that he is sick, he accepts his diagnosis of schizophrenia. However, if he is resigned towards his illness, he is not considered as having accepted his illness.

Acceptance of treatment refers solely to the subject’s acceptance of his medication treatment as prescribed by his family doctor, general practitioner, psychiatrist or other mental health professional. The subject’s acceptance is indicated by his compliance to his prescribed treatment, specifically referring to the subject regularly and voluntarily taking his medication. The patient who “complies” involuntarily to his treatment because he is forced to by his family or by order of the court is not considered having accepted his treatment.

Regarding the “external factors”, life events refer to stressful events having taken place in the patient’s life in the last twelve months. Besides being interested in the

number of life events and the kind of events present in schizophrenic suicide victims versus those present in schizophrenic patients in the control group, our focus will be specifically on how these life events are linked to the illness per se.

Family acceptance of the diagnosis refers to the mother's, father's, sibling's or other members' acceptance of the subject's illness at the time of diagnosis. Family's involvement in the subject's treatment refers to family members accompanying the subject to his medical appointments or supervising his medication compliance among other things, at the time of death.

Our hypotheses are divided into the two categories mentioned above, those concerning the "internal factors", namely awareness of abnormality or of illness, acceptance of illness and acceptance of treatment and those regarding "external factors", specifically, life events, and the social environment.

2.4. Hypotheses

2.4.1. Internal factors

Our hypotheses are the following:

- 1) Subjects in the suicide group will be less aware of their illness than the living controls.
- 2) Subjects in the suicide group will refuse to accept their illness more frequently than the living controls.
 - 2.1) Irregular medication use is associated with increased suicide risk: subjects in the suicide group will refuse their medical treatment (i.e. their prescribed medication) more frequently than the living controls.
- 3) Patients are at a higher risk of committing suicide in the first ten years of the illness course.

2.4.2. External factors:

Our hypotheses are as follows:

- 1) More parents will not accept their child's illness at the time of the diagnosis in the suicide group than in the control group.
- 2) The parents in the suicide group will be less involved in their child's illness treatment at the time of death than the parents in the control group.
- 3) Life events are more often related to the illness per se (e.g. directly related events, such as hospitalization; indirectly related events, such as a divorce or loss of a friendship) in the patients in the suicide group as compared to those in the control group.

CHAPTER III

METHODOLOGY

3.1. Study design

Our study was a case-controlled psychological autopsy study. The psychological autopsy was developed by Shneidman (1993), who coined the term while working with the Los Angeles Suicide Prevention Center and the Los Angeles Medical Examiner's Office. The original purpose of this procedure was to aid in the clarification of equivocal deaths, such as accidental or undetermined deaths by answering three questions: why did the person do it?, how did the person die and when?, what is the mode of death (Shneidman, 1993)? To get the answers to these questions, family members were interviewed using open-ended questions, with no specific structured outline (Ebert, 1987).

The psychological autopsy is widely used in suicide research as a method of retrospective study, by interviewing family members about the deceased's medical and mental health as well as questions on life events and childhood, among others (Pouliot and De Leo, 2006). Indeed, a review of psychological autopsy studies conducted by Cavanagh, Carson, Sharpe and Lawrie (2003) found a total of 154 of such studies since 1966. The psychological autopsy has its benefits and its limitations. Several studies have reviewed both these aspects.

The main advantage of this method of study is that it permits collecting information on various aspects of the decedent's life by interviewing close relatives who knew the person well enough to answer these questions, as well as incorporating information from other sources (e.g. medical and psychiatric records) (Isometsa, 2001; Pouliot and De Leo, 2006). A positive consequence of this method, which has been mentioned in several studies, is the therapeutic benefits of participating in the interviews. Several authors have found that, in most cases, the participants' response regarding their participation was favorable (Besckow, Runeson, and Asgard, 1990) and they found their participation helpful (Cooper, 1999), even enabling them to talk about the death in depth for the first time (Hawton, et al., 1998).

Various problematic issues involved in the psychological autopsy procedure have been raised. The two main considerations are methodological and ethical in nature. Regarding the problems caused by the methodology employed in the psychological autopsy, there are the inconsistencies found in the prevalence of psychiatric disorders. These rates vary widely, depending on the study. According to Pouliot and De Leo's (2006) recent critical review of 84 psychological autopsy studies spanning from 1966 to 2004, these inconsistencies are due to several major problems, the first being the medical paradigm which often views mental disorder as being the cause of suicide, not simply one of many other factors. Furthermore, psychological autopsy studies have often used a variety of diagnostic tools, some standardized, others not, making comparisons between studies very difficult. Even in cases of standardized tools, validation for use with a third party has not been established. Some authors recommend, however, using the diagnostic classifications of the DSM for Axis I diagnoses (Beskow et al., 1990; Hawton et al., 1998; Isometsa, 2001).

Comparison is further complicated by the type and number of informants to interview (Beskow, et al., 1990; Hawton et al., 1998; Pouliot and De Leo, 2006). A

close relative is a good informant choice, such as a spouse or a first-degree relative, and even including a physician or teacher if necessary and if possible (Brent, 1989). However, having more than one informant present during an interview has caused problems (Cooper, 1999). Furthermore, in case-control studies using living controls where the controls also serve as informants on themselves may cause asymmetry and make it difficult to compare results (Brent, 1989). Hawton and colleagues (1998) suggest using a relative as an informant in both case and control groups to avoid this problem. Moreover, they recommend establishing validity of the ratings by having one person interview the living control and another interviewing a family member of that subject.

The time interval between the death and the interview has varied from one week to even several years depending on the study and may affect the informant's memory (Paykel, 1983; Pouliot and De Leo, 2006). The ideal time interval varies between two and six months (Beskow et al., 1990; Brent, 1988; Brent, 1989; Cooper, 1999; Pouliot and De Leo, 2006).

Psychological autopsies have not systematically taken into account the informants' mental state or the interviewers' characteristics (Pouliot and De Leo, 2006). Regarding the respondents' mental state, however, Brent, Perper, Kolko and Zelenak (1988) found no relationship between the respondent's mental state – in their case, the presence and severity of parental affective disorder – and their adolescent child's suicidal intent, number and type of diagnoses. This indicates that the informant's mental state does not influence their answers regarding their closed relative's suicidal intent and diagnoses.

Moreover, many studies have not used a control group for comparison (Beskow, et al., 1990). Even in studies where case-control groups were used, the subjects were matched on a variety of different socio-demographic variables, depending on the

study (Pouliot and De Leo). Furthermore, deciding on what type of control group to use is another complex issue. For example, should one use living controls, peers of the deceased, or people having died of accidental or natural causes? Beskow and colleagues (1990) recommend using a group with a different psychiatric diagnosis, whereas Hawton and colleagues (1998) and Isometsa (2001) recommend the use of a control group with the same psychiatric disorder in order to examine specific risk factors. In general, researchers recommend the choice of control group be guided by the research hypotheses (Hawton et al., 1998; Isometsa, 2001).

Many ethical issues are raised by the use of the psychological autopsy. Psychological autopsy studies involve interviewing close relatives of the deceased, ideally following a relatively short time lapse following the suicide. The informants are grieving and vulnerable; therefore it is very important to avoid creating additional strain for them (Beskow et al., 1990). However, as mentioned earlier, studies have shown that oftentimes, third party informants do not find the interview process difficult or upsetting and they even sometimes find it therapeutic (Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Hawton, Houston, Malmberg, and Smith, 2003).

In order to facilitate the entire process, it is essential to obtain informed consent, including the benefits and risks of participating in the study (Cooper, 1999). Furthermore, the interviewer should be flexible as to the order of the questions and the length of the interview (Brent, 1989). He should also have some experience in crisis intervention and suicidology, and should refer the informant to an appropriate resource for counseling when necessary (Isometsa, 2001). Finally, he should be supervised continuously (Beskow et al., 1990; Cooper, 1999). Besides protecting the integrity and mental health of the respondent and the interviewer it is of utmost importance to preserve the deceased's integrity as well, for example, by avoiding revealing certain elements the deceased wished not to have disclosed to his family (Beskow et al., 1990; Cooper, 1999).

We took all of the elements and recommendations detailed above into account in our research. Our case-controlled psychological autopsy study compared a group of schizophrenic suicides to a group of living schizophrenic patients, matched for age and sex (section 3.2). The interviews were conducted with a third party informant such as close first-degree relative (parent, sibling or adult child) or spouse, for both the suicide and control groups (section 3.2). We also incorporated medical records when possible. Furthermore, as we will describe further, informed consent was obtained from the informants and the subjects themselves in the control group (section 3.2.2). Anonymity and confidentiality were respected as well as the integrity of the deceased, the informants and the interviewers. The latter were supervised on a continuous basis by researchers and the research coordinator who had strong clinical backgrounds.

3.2. Procedure

3.2.1. Subjects

The research group of case subjects was composed of 23 men and 6 women. There were 29 patients with a diagnosis of schizophrenia (27) or schizo-affective disorder (2) and who have committed suicide. The subjects died between 1997 and 2004 and the interviews took place between 4 months and 5 years following the suicide, with a mean of 2 years and 7 months (median: 2 years and 4 months). The control group was comprised of a sample of 33 non-suicidal patients, 28 of which had a diagnosis of schizophrenia and five (5) of whom had a schizo-affective disorder. There were 24 men and 9 women in this group.

Regarding the psychiatric diagnoses, we decided to include patients with schizoaffective disorders in our sample because of the difficulty of exclusively recruiting subjects with a “pure” schizophrenia diagnosis who had committed suicide.

Schizoaffective illness is also a psychotic disorder with a high risk of suicide, comparable to the risk of suicide in schizophrenia. Indeed, suicide attempts are quite high in schizoaffective patients, with a lifetime prevalence of 42.8 % which is actually even higher than for schizophrenic patients although the lethality of suicide attempts in the latter is greater (Radomsky, Haas, Mann, and Sweeney, 1999). Furthermore, suicide risk factors in both these groups are similar (Potkin et al., 2003).

The case subjects were recruited from the Coroner's Office as well as with the assistance of the Société Québécoise de Schizophrénie (SQS) in Montreal. The control group of schizophrenic patients was recruited from hospitals, social rehabilitation programs, the Community Clinic in Verdun, which is associated to the Douglas Hospital, the Allan Memorial Institute, and the Clinique des Jeunes Adultes Psychotiques. The patients who agreed to participate were in a stable mental health condition at the time of the study as determined by their psychiatrists who referred them to the research team. It was also important that these patients not had any serious suicide attempts in the past – determined by their psychiatrist, their medical file, and a lethality scale for the patients who have attempted suicide in the past. The reason for this exclusion criterion is that a serious suicide attempt, i.e. one requiring hospitalization, could have resulted in death by suicide, thus creating a confounding variable if included in our control group. Another requirement was that a member of their family agreed to participate in the study, since the interviews were conducted with that family member. Thus, the subjects recruited from clinics and hospitals were first referred by their psychiatrists. After consenting to participate in the study, one of their close family members had to agree to participate in the study and be interviewed on their schizophrenic relative.

3.2.2. Informants

There were no significant group differences regarding the type of third party informant interviewed in the study ($\chi^2 = 7.020$; $df = 5$; $p = .219$). In the control group, the informants were the mother in 17 cases, the father in 2 cases, and both parents in one case, a sibling in 5 cases, an adult child in 2 cases and a spouse in 5 cases. In the suicide group, there were 15 mothers, one father, and both parents in three cases, 8 siblings and two adult children (table 3.1.).

Table 3.1. Description of informants

Group	Schizophrenic suicides (n=)	Living controls (n=)
Informants		
Mother	52 % (15)	53 % (17)
Father	3 % (1)	6 % (2)
Both parents	10 % (3)	3 % (1)
Sibling	28 % (8)	16 % (5)
Adult child	7% (2)	6 % (2)
Spouse	0 % (0)	16 % (5)

3.2.3. Ethical approval and participants' consent

Ethical approval was obtained from the university and the organizations involved in the study. Regarding consent, in the suicide group, the family member(s) who participated in the study, with whom the interviews were conducted, signed a consent form (Appendix 1) in which the study was explained in written form. The study protocol was detailed to them verbally by the interviewer who was also available to answer any questions the participants may have had about the research.

As for the control group, a consent form explaining the study was provided to the patients (Appendix 2). It was important that the patients clearly understood what the study was about and agreed to participate voluntarily even though the interviews were conducted with a family member. For this reason, a consent form (Appendix 1) was signed by the family members who agreed to participate in the study. Their role was specifically explained to them (i.e. that they were to be interviewed on the subject by a member of the research team).

Moreover, it was explained to all the participating family members and patients that their participation was voluntary, that they were free to desist at any time, and that all the data would remain anonymous and confidential. Each subject was assigned a file number to maintain anonymity. Furthermore all raw data was stored in locked filing cabinets in locked offices and was only consulted and used by authorized members of the research team.

3.3. Assessments

Several instruments were used to collect information on sociodemographic data (see section 3.3.1), psychiatric diagnoses, awareness of illness, acceptance of illness and treatment, family and friends' acceptance and involvement and life events and difficulties. These instruments are described in the following subsections.

3.3.1. Sociodemographic data

The first section of the K-SADS-E (Puig-Antich, Orvaschel, Tabrizi and Chambers, 1995) adapted and translated in French was used in order to collect information on sociodemographic data and general physical and mental health information (see Appendix 3).

3.3.2. Psychiatric diagnoses

An adapted version of the SCID-I (First et al., 2001) and the SCID-II (First et al., 1995) were used to determine the Axes I and II diagnoses, which have been used in previous studies on suicide (Lesage et al., 1994). The SCID's reliability (First et al., 1995; Williams et al., 1992) and validity have been previously established (Conner et al., 2001; Kelly and Mann, 1996). The interviewers were required to have strong clinical training and know the DSM-IV well in order to administer the SCID I (Appendix 4) and II (Appendix 5). The interviews were conducted with the person closest to the deceased - someone who had enough knowledge on the subject in order to adequately answer the questions. In the control group, the informants were also close family members, who participated in the study once consent of the subject was given. The final DSM-IV diagnosis was established by a panel of clinicians, blind to the subjects group (case or control). Agreement between the subject and the informant was established for a subgroup of our sample for both Axis I and Axis II disorders. The agreement was high, ranging between .72 and 1.0 for Axis I disorders and the agreement was 1.0 for personality disorders.

3.3.3. Awareness, acceptance of illness and acceptance of treatment

Several studies have investigated awareness of illness and suicide risk in schizophrenic patients retrospectively and prospectively (Amador et al., 1996;

Fenton, 2000; Hawton et al., 2005; Pompili et al., 2004; Recasens et al., 2002; Yen et al., 2002) with contradictory results. Furthermore, the tools used to evaluate insight vary from study to study and require direct contact with the schizophrenic patient. For example, the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador et al., 1994) is a standardized scale which is completed by directly interviewing the patient. It is used to assess past and current insight in mental disorders, including schizophrenia on a scale of 0 to 5. Although this scale is a useful awareness of illness tool with good reliability and validity, its major limitation regarding assessment of awareness in schizophrenic patients who have committed suicide is the necessity to interview the patient. It has never been validated for use in psychological autopsy studies, requiring interviewing third parties on the deceased.

The Schedule of Assessment of Insight (SAI) and the SAI-Extended version used by Yen and colleagues (2002) and Recasens and colleagues (2002) measures various dimensions of insight, such as treatment compliance, recognition of illness, relabeling of psychotic phenomena, change in mental functioning, need for treatment, and psychological consequences of the illness using a scale (0 to 4 or 0 to 6). Once again, this tool has been used in assessing insight in schizophrenic patients and not for use in interviewing informants on the deceased's awareness. Bourgeois and colleagues (2004) used the Scale of Functioning. Its validity and reliability has been evaluated in a middle-age and older population (45 years and over) (Rapaport, Bazzetta, McAdams, Patterson, and Jeste, 1996). It is also an assessment instrument to be used by directly interviewing the patient. These various insight assessment tools have been used in schizophrenic patients but none have been applied to evaluate illness awareness in schizophrenic patients who have committed suicide. This would necessitate an instrument that can be utilized to adequately assess insight by interviewing close family members of the deceased, which has not been previously accomplished using the aforementioned tools.

In our study, we decided to develop our own questions in order to determine awareness of abnormality or of illness. We did the same regarding acceptance of illness and acceptance of treatment. Thus, a questionnaire was developed which was comprised of several sections, one of which was aimed at assessing awareness of illness, acceptance of illness and of treatment (i.e. prescribed medication) (see section “Association entre le suicide et l’état de conscience de la maladie” of Appendix 6). Specifically, we wished to determine: 1) how aware the subjects were of the fact that something was wrong/abnormal within themselves or how aware of their diagnosis they were; 2) whether the subjects accepted the fact that they were suffering from a mental illness specifically if they accepted the diagnosis of schizophrenia; 3) whether the subjects accepted the treatment prescribed to them by their doctors—did they take their medication regularly and voluntarily. Furthermore, this questionnaire also assessed the impact of refusing to accept the illness and suicidal ideations and/or attempts.

3.3.4. Family’s acceptance of subject’s diagnosis

In the same questionnaire (see “Relations sociales” section in Appendix 6), questions regarding the family’s reaction to the subject’s illness at the time of the diagnosis were also included. The subject’s family was comprised of the mother and the father and in some cases also included the siblings, wife, husband or any other family members. The family’s acceptance referred to one or more family members’ accepting the subject’s diagnosis of schizophrenia at the time of the initial diagnosis.

3.3.5. Family support

Additionally, in the same questionnaire, items referring to the family’s involvement and support towards the subject’s schizophrenia treatment (including mother, father, siblings, husband, wife, children or others) at the time of death were

included (see "Relations sociales" section in Appendix 6). This included taking him to medical appointments, making sure he was taking his medication, helping him understand his illness, etc. or simply showing support for his treatment.

3.3.6. Validity and reliability of appended questions

In order to determine whether or not the questions we incorporated pertaining to awareness of illness, acceptance of illness and treatment (i.e. medication) and family's acceptance and involvement in the treatment actually measured the subject's illness awareness and illness and treatment acceptance, and the family's illness acceptance and treatment involvement we established concurrent validity. To do this, we interviewed another close family member (who knew the subject well) in five suicide cases. In the control group, the subject him -or herself answered the questions in six cases (see Appendix 7 for the validation questionnaire for the control group). The responses were then coded using the same method described above and Pearson's correlations were performed between the answers of both sets of respondents. The results indicated significant correlations for each of the items, thus establishing the concurrent validity of our questions (see Table 3.2).

In addition, an external researcher specializing in suicide, independently coded the data of six subjects in the suicide group and six subjects in the control group with the help of the codification dictionary we developed (see Appendix 8). Agreement was high and ranged from .870 for the acceptance of illness variable to 1.0 for all the other variables.

Table 3.2. Concurrent validity

Variables	r
Awareness of illness	.667*
Acceptance of illness	.756*
Acceptance of treatment (i.e. prescribed medication)	.802**
Suicidal thoughts due to illness refusal	1.00 **
Family's acceptance of subject's illness following diagnosis	.692*
Family's involvement in subject's treatment at the time of death	.770*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

3.3.7. Life events and difficulties

The evaluation of recent life events and difficulties was determined with the Life Events and Difficulties Schedule (LEDS; Brown, Harris and Bifulco, 1989). This instrument has been found to be superior to life event check-lists. This semi-structured interview enables us to describe the context of each life event or difficulty (see Appendix 9). The events are then coded according to their severity and threat which includes four levels. The codification process excludes the subjects' subjective reaction so as to avoid the risk of contamination for the coder. Another advantage of this instrument is that life difficulties are taken into account. Often, the most menacing life events are those that worsen an existing life difficulty or that create one. Several supplemental scales complete the codification process, the most important of which are the relationship with the subject's pathology and the subject's participation in the event (the Independence Scale).

Several studies demonstrate the validity of the LEDS and some validate the possibility of using a third party as an informant. There is an 81 % concordance between the life events reported by schizophrenics and those reported by their parents (Brown and Harris, 1978). Furthermore, kappa coefficients in inter-rater reliability are quite high at 0.70 (Tennant, Smith, Bebbington, and Hurry, 1979). In our study, coding was done by an experienced researcher (M. Tousignant) who has been trained on the coding of the LEDS and who is an expert on the use and codification of this instrument. In addition, for certain events not found in the codification dictionary, consensus was reached with G. Brown and T. Harris, who created the LEDS.

3.4. Analyses

The sociodemographic data (collected via the sociodemographic section of K-SADS-E), the diagnostic data (collected via the SCID I and SCID II), the life events data (collected via the LEDS) were analyzed with Student's t-test, Pearson's

Chi-square, Fisher's Exact Test, and logistic regression analyses using SPSS software (version 11.0). Statistical significance was considered at $p \leq .05$.

The information collected on the subject's awareness of abnormality/illness, the subject's acceptance of illness, the family's acceptance of the subject's diagnosis, the family's involvement in the subject's illness treatment and the subject's acceptance of their prescribed medication treatment yielded rich qualitative content. This qualitative data was quantified by the creation of dichotomous categories for each variable (sections 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5). The data was then analyzed using the same statistical tests as described above.

3.4.1. Awareness of abnormality or of illness

The data collected from the questions pertaining to the subjects' awareness of abnormality or of illness was divided into two categories: being aware and not being aware of abnormality/illness. In order to code for awareness of abnormality/illness, the subject must have been completely or somewhat aware, at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group, that he was schizophrenic or there was something within himself making him different mentally/abnormal from others which was causing him to act and think differently from others as indicated by the respondent and/or medical records.

In order to code for "unawareness" of abnormality/illness, the subject must have been mostly unaware (unconscious) of his schizophrenia or his strange/abnormal mental state at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group. This means that he would not be aware that there was something within himself making him different/abnormal than others which was causing him to act and think differently from others, as indicated by the respondent.

3.4.2. Acceptance of illness

Two categories were created based on the data pertaining to the subject's acceptance of his illness: "accepts" and "does not accept" the fact that he is diagnosed with schizophrenia. In order to code for acceptance of illness, the subject must generally have accepted his diagnosis of schizophrenia, at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group as indicated by the respondent and/or medical records.

In order to determine that a subject did not accept his illness, he must not have accepted his diagnosis of schizophrenia at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group as indicated by the respondent and/or medical records. In our questionnaire (Appendix 6), we also included a question on the relationship between refusal to accept the illness and suicide in order to help determine whether or not the subject's refusal led him to suicidal ideations and/or attempts.

3.4.3. Acceptance of treatment

Two categories were created based on the data pertaining to the subjects' acceptance/compliance to the illness treatment (i.e. medication). Accepting treatment referred to the subject having accepted to adhere to his treatment and complying with this treatment as indicated by the respondent and/or medical records, at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group.

A subject who did not accept the illness treatment was someone who did not adhere to the treatment as it was prescribed by his doctor or mental health

professional at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group.

3.4.4. Family's acceptance of the subject's illness

This variable was subdivided into three variables: mother's acceptance, father's acceptance, and other family members' acceptance of the illness. The other family members may include siblings, a spouse or children. Two categories were created based on the data pertaining to the family's acceptance of the subject's illness: accepting the subject's illness and not accepting it.

For a family member to have accepted the subject's illness, the parent or other family members must have accepted the subject's diagnosis of schizophrenia, at the time the subject received his diagnosis. Not accepting the subject's illness signifies that the parent/other family members must have refused the subject's diagnosis of schizophrenia at the time the subject received his diagnosis. This may be demonstrated by a refusal to believe the diagnosis or by rejecting the subject (i.e. not seeing or speaking to the subject after the diagnosis).

3.4.5. Family's involvement in the subject's treatment of illness

There were two categories of codification for this variable. "One or more family members are involved in the subject's treatment" refers to family members being involved in subject's illness treatment, generally helping him in his illness treatment (e.g. taking him to appointments, etc.). If the subject was mostly left alone and no family member was involved in his illness treatment, then we will code as "no family member is uninvolved in the subject's treatment". A family member may not accept their close one's illness but may still accompany him to the doctor. Inversely,

a family member may accept their relative's illness but may not be involved with the treatment.

CHAPTER IV

RESULTS

In this chapter we present the results of our analyses. First, in section 4.1, the sociodemographic data of the subjects will be detailed, followed by the analyses pertaining to our internal factors, i.e. awareness of illness, acceptance of illness and of treatment (i.e. medication) (section 4.2) and illness course (section 4.3). The results concerning our external factors are presented in sections 4.4 (the family's acceptance), 4.5 (the family's involvement in their relative's illness treatment) and 4.6 (life events). In section 4.7, results regarding secondary variables are detailed, such as schizophrenia subtype and symptoms, comorbidity with other Axis I and Axis II disorders. The relationships between the key variables are presented in sections 4.8 and 4.9.

4.1. Sociodemographic variables

No group difference were found for age ($t = -1.29, p = .201$), the mean age of the suicide group being 31.7 years (the youngest being 20 and the oldest being 56) and that of the living controls being 34.9 years (the youngest being 20 and the oldest being 53) (see Table 4.1). No significant group differences were revealed in regards to education level ($t = -.78, p = .441$). In regard to marital status, analyses indicated no significant difference between both groups ($p = .074$). Subjects in the suicide

group were more likely to have been separated/divorced (17.2 %) than living controls (3 %) and they were less likely to be living with a partner at the time of their death (3.4 %) compared to the control group (18.2 %). There were no significant group differences regarding the subjects' living situation ($\chi^2 = .334$, $df = 3$, $p = .83$). The majority lived either with their parents (12 suicides; 10 controls), alone in an apartment (8 suicides; 8 controls) or in a group home (7 suicides; 5 controls).

Table 4.1. Description of the subjects: sociodemographic information

		Schizophrenic Suicides	Living Controls
Mean age (years)		31.7	34.9
Mean education level (years)		11.28	12.33
Work status (n=)	Without work	74 % (20)	69 % (20)
	Volunteer work	4 % (1)	3 % (1)
	Work and/or studies	22 % (6)	28 % (8)
Marital status (n=)	Separated/divorced	17.2 % (5)	3.4 % (1)
	Living with partner	3.4 % (1)	18.2 % (6)
Living situation (n=)	Alone	29 % (8)	25 % (8)
	With parents	43 % (12)	31 % (10)
	Group home	25 % (7)	16 % (5)

4.2. Suicide method

The suicide method which was the most often used was hanging ($n = 17$), followed by jumping ($n = 5$). One case died by drowning and one by lacerations.

4.3. Awareness, acceptance of illness and of treatment

Our first hypothesis which predicted that the living controls would be significantly more aware of their illness than the schizophrenic suicide was not confirmed. A Fisher's Exact Test was performed and the results revealed no significant differences between the control and suicide groups regarding awareness, thus our first hypothesis was not confirmed. Seventy-nine percent (79 %) of the suicide group were aware of their illness/abnormality versus 88 % of the control group but the difference was not statistically significant ($p = .263$).

Our second hypothesis which predicted that the control group accepted their illness and their illness treatment significantly more than the suicide was confirmed (see Table 4.2. and Figure 4.1). Chi-Square analyses results indicated a significant difference between the two groups regarding acceptance of illness at the time of death for the suicide group and at the time of the interview for the control group. The control group accepted their illness in a significantly higher proportion (71 % versus 15 %) than the suicide group ($\chi^2 = 17.15$, $df = 1$, $p = 0.000$). Furthermore, acceptance of illness was negatively correlated to current depression not otherwise specified ($r = -.354$, $p = .05$) thus suggesting that the more the subject refused to accept his illness, the more depression was present. When asked if the subject's refusal to accept his illness led him to have suicidal ideations and/or attempts, eleven respondents in the suicide group answered yes to this question compared to only five in the control group. This difference was significant ($\chi^2 = 11.69$, $df = 2$, $p = .003$). Also, 19 of the 29 schizophrenic suicides had expressed their distress or suicidal ideations to their family during the last few weeks prior to their death.

Chi-square analyses revealed that the subjects in the control group accepted their illness treatment (i.e. prescribed medication) in a higher proportion than the suicide group (82 % versus 46 %). This difference was significant ($\chi^2 = 8.41$, $df = 1$, $p = .004$). Pearson correlations revealed a significant correlation between awareness of illness and acceptance of illness ($r = .268$, $p = .05$) as well as acceptance of treatment ($r = .332$, $p = .01$). Moreover acceptance of treatment was correlated to acceptance of illness ($r = .425$, $p = .01$).

Table 4.2. Awareness of illness, acceptance of illness and of illness treatment

	Schizophrenic suicides (n=)	Living controls (n=)	χ^2
Awareness of illness ^a	79 % (22)	88 % (29)	
Acceptance of illness	15 % (4)	71 % (20)	17.149***
Acceptance of treatment (i.e. medication)	46 % (13)	82 % (27)	8.404**

^a Fisher's Exact Test : p = .490 (2-sided)

** p ≤ .01; *** p ≤ .001

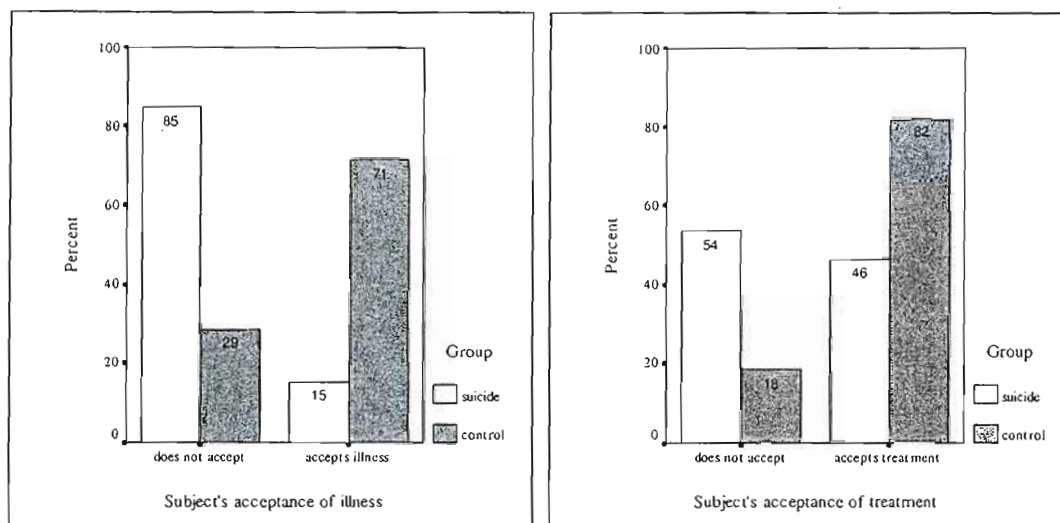


Figure 4.1. Acceptance of illness and acceptance of illness treatment

4.4. Number of years lived with diagnosis

Our third hypothesis which postulated that patients are at a higher risk of committing suicide during the first ten years following the diagnosis was confirmed. The average age at the time of death was 31.7 years, the youngest having committed suicide at 20 and the oldest at 56 years of age (median age = 28). The suicide subjects received their diagnosis between 12 and 45 years, with a mean age of 24.2 years (median age = 21). The mean number of years the schizophrenic suicides lived with their diagnosis prior to their death was 7.5 years, ranging from 1 to 30 years (median age = 4).

4.5. Family's acceptance of the illness at the time of diagnosis

4.5.1. Family's acceptance of the subject's diagnosis

Our first hypothesis regarding external factors, which proposed that parents in the suicide group were more likely not to accept their child's diagnosis than the parents of the living controls, was not confirmed. If we examine the results of Fisher's Exact Test's analyses (see Table 4.3 and Figure 4.2) regarding the mothers, we found that, in the suicide group, 67 % of the mothers accepted their child's illness at the time of the diagnosis compared to 55 % of the mothers in the control group. Only 14 % of the fathers accepted their child's diagnosis in the suicide group compared to 33 % of the fathers in the control group. As for other family members' acceptance of the subjects' diagnosis (e.g.: siblings, spouses, etc), the analyses indicated no differences between both groups: 52 % accepted the illness in the suicide group and 58 % accepted it in the control group.

Table 4.3. Family's acceptance of the illness at the time of the diagnosis

	Schizophrenic suicides (n=)	Living controls (n=)	Fisher's Exact Test
Mother's acceptance	67 % (6)	55 % (6)	1.00
Father's acceptance	14 % (1)	33 % (5)	.613
Other family members' acceptance	52 % (11)	58 % (11)	.761

Since we were only able to retrieve information regarding few mothers (16) and fathers (12), we decided to combine the information and create a new category “at least one family member accepts the subject’s diagnosis”. Chi-square analyses indicated no significant group differences (see Figure 4.3): at least one family member accepted the subjects’ illness in 14 cases in the suicide group and in 16 cases in the control group ($\chi^2 = .51, df = 1, p = .477$).

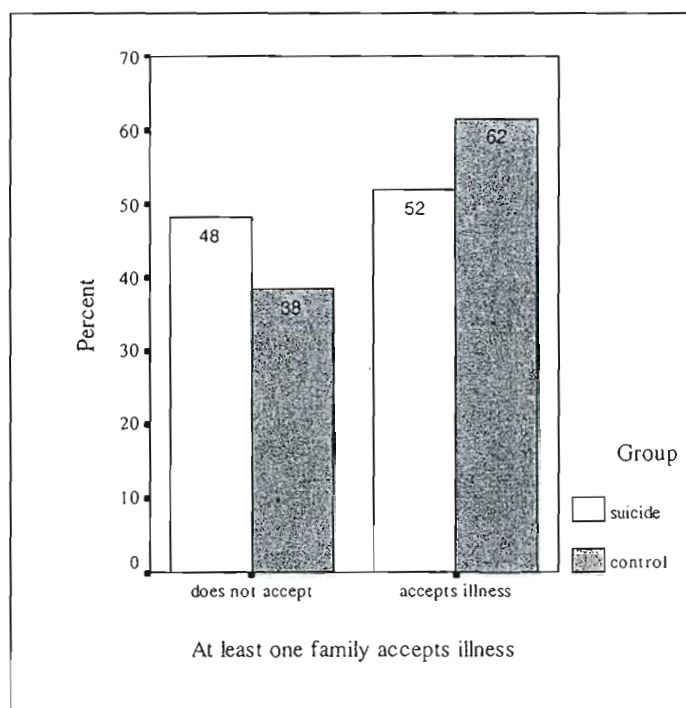


Figure 4.2. Family's acceptance of the subject's illness at the time of the diagnosis

4.5.2. Family's involvement in the subject's treatment

Our third "external factors" hypothesis was not confirmed (see Figure 4.4). Fisher's Exact Test analyses revealed no significant differences between the suicide and the control groups concerning familial involvement in the subject's illness treatment at the time of death in the suicide group and at the time of the interview in the control group. In the control group, 84 % of the subjects had at least one family member involved in the illness treatment ($n = 26$). In the suicide group, the proportion is similar with 89 % of the subjects ($n = 24$) having a family member involved ($p = .435$). Thus, at least one family member was involved in the subject's illness treatment in the vast majority of cases.

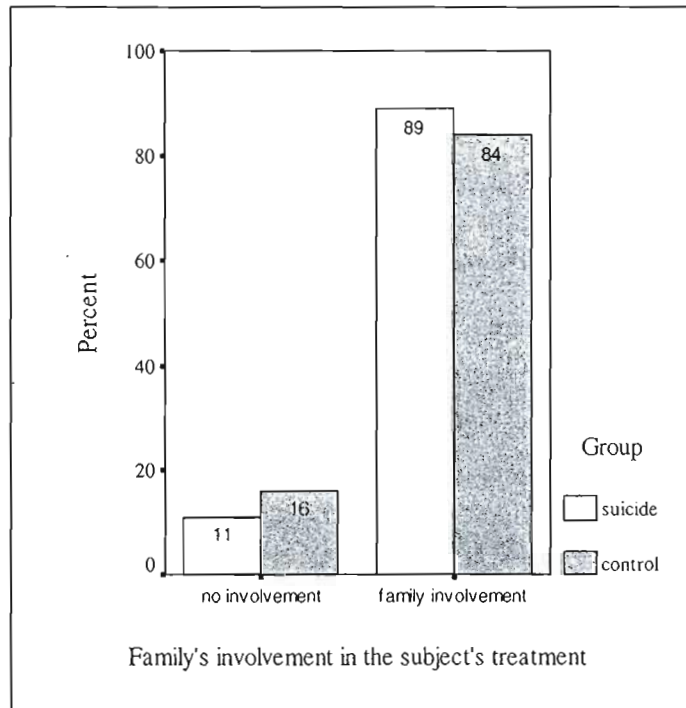


Figure 4.3. Family's involvement in the subject's medical treatment

4.6. Life events and difficulties

Our final hypothesis which proposed that subjects in the suicide group would experience a significantly higher number of life events related to illness was confirmed (see Table 4.4 and Figure 4.5). T-test analyses revealed a significant group difference concerning the number of life events linked to the subject's illness, both severe and non-severe (i.e. hospitalizations, moving into a group home, separation due to illness, etc.). The mean number of life events related to illness was significantly higher in the suicide group (2.64) than in the control group (.68) ($t = 4.81, p = .008$). In addition, the vast majority of these illness-related life events were severe for the schizophrenic suicides (91 %) compared to the living controls (42 %).

We wished to further investigate specific illness-related events (see Figure 4.6). Our analyses indicated that, during the last year prior to suicide, the subjects were hospitalized (or stayed in a crisis center) significantly more often than the living controls ($t = 3.72, p = .000$). Moreover, there were significant group differences in terms of events reflecting a marked deterioration in the subject ($\chi^2 = 22.38, df = 1, p = .000$), with subjects in the suicide group having experienced a higher number of these types of events (22 versus 5). This was also the case with events involving physical violence ($p = .000$) with no living controls having experienced any such events (0 versus 10). There were no significant group differences regarding negative school-related events or job loss ($\chi^2 = .03, df = 1, p = .811$).

T-tests revealed no significant group differences in regards to total number of life events ($t = .01, p = .989$). Both groups had a relatively high number of events on average (see Table 4.4). However, there was a significant group difference regarding severe life events with the suicide group presenting a significantly higher mean number (3.56) of these types of events ($t = 2.97, p = .004$) than the control group (1.77). Moreover, among the severe life events, a higher mean number of these were

illness-related in the suicide group (2.31) compared to the control group (.28) and this difference was significant ($t = 7.07, p = .000$). Indeed, 66 % of the severe life events in the suicide group were illness related compared to only 16 % in the control group.

Furthermore, analyses revealed significant group differences regarding the total number of life events having occurred within the last twelve weeks. Twenty subjects (71.4 %) of the subjects in the suicide group experienced such a life event during that period compared to only 6 (21.4 %) of the living controls ($\chi^2 = 4.50, p = .000$).

T-tests revealed no significant group differences in regards to number of difficulties during the last 12 months ($t = -.58; p = .551$). However, the subjects in the suicide group presented a significantly higher number of severe difficulties than the living controls ($t = 2.53, p = .014$).

Table 4.4. Life events and difficulties

	Schizophrenic suicides	Living controls	t
Life events	6.24	6.23	-. 583
Life events related to illness	2.64	.68	4.808**
Severe life events	3.56	1.77	2.973**
Severe illness-related events	2.31	.28	7.069***
Severe difficulties	.80	.29	2.528*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

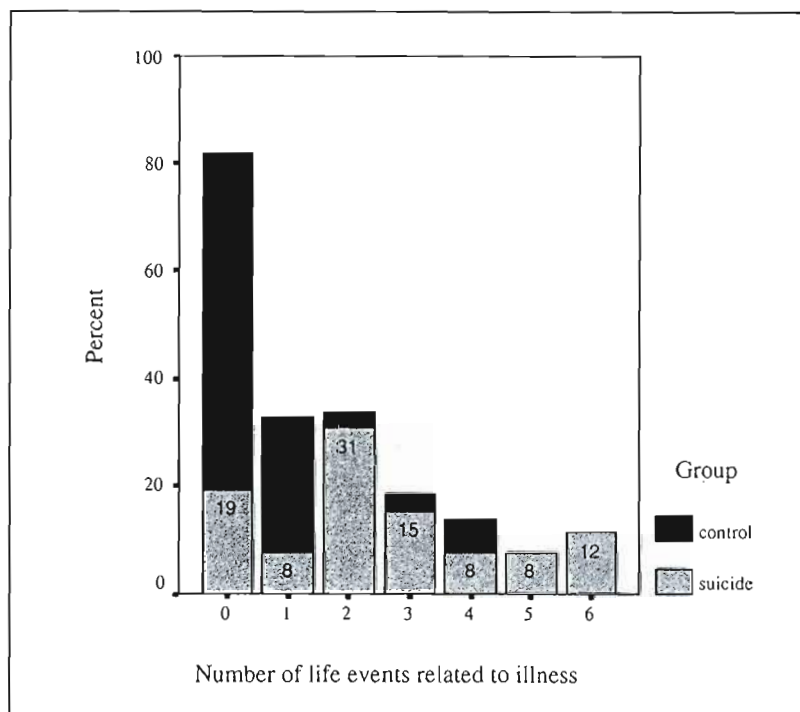


Figure 4.4. Life events related to illness in the last 12 months

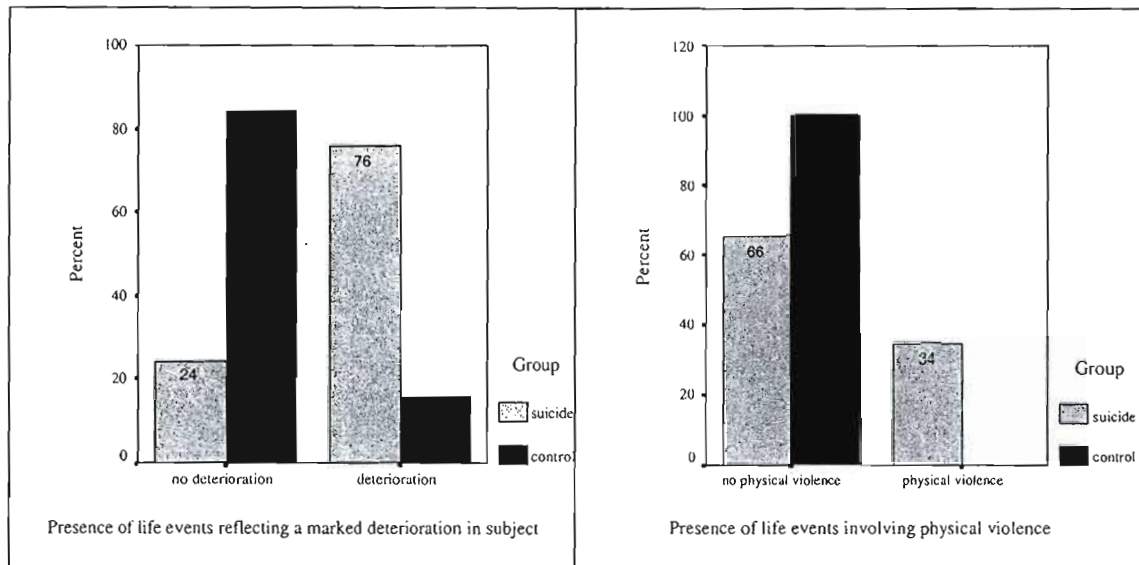


Figure 4.6. Life events related to illness reflecting deterioration and those involving violence

4.7. Secondary results

4.7.1. Schizophrenia subtype and symptoms

There were no group differences regarding type of schizophrenia. The paranoid type was the most prevalent, with 89 % of the suicide group ($n = 24$) and 92 % ($n = 24$) in the control group. There were two subjects in the suicide group with schizophrenia, undifferentiated type. In the control group, one subject presented the catatonic type and one presented the disorganized type of schizophrenia.

There were two subjects in the suicide group with a diagnosis of schizoaffective disorder and five in the control group. There were no group differences regarding this diagnosis. T-tests revealed that the control group had a higher mean number of positive symptoms than the suicide group (see Table 4.5) and this difference was significant ($t = -3.29$, $p = .002$). The control group also had a higher number of hallucinations than the suicide group ($t = -3.14$, $p = .003$). In addition, the living controls had a slightly higher number of delusions than the schizophrenic suicides (5.20 versus 4.04) but this difference was non-significant ($t = -1.95$, $p = .056$). Furthermore, the living controls had a significantly higher mean number of negative symptoms ($t = -2.42$, $p = .019$) than the suicide group (1.2 versus .8).

Regarding specific schizophrenia symptoms, Fisher's Exact Test analyses were performed on schizophrenia symptoms. Results indicate significant group differences regarding delusions of reference ($p = .003$): a higher proportion of the living controls (93.3 %; $n = 28$) presented more of this type of positive symptom than subjects in the suicide group (53.6 %; $n = 15$). Another positive symptom which was found in a significantly higher proportion in the control group was exaggerated motricity ($\chi^2 = 9.88$, $df = 1$, $p = .003$). In regards to negative symptoms, a significant difference emerged for negativism ($\chi^2 = 10.44$, $df = 1$, $p = .001$) and avolition ($\chi^2 =$

4.66, $df = 1$, $p = .031$), with the living controls presenting these symptoms more frequently than the schizophrenic suicides.

Table 4.5. Schizophrenia symptoms

	Schizophrenia suicides	Living controls	t
Positive symptoms	7.7	10.7	-3.289**
Negative symptoms	.8	1.2	-2.420*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

4.7.2. Axis I disorders

Analyses revealed significant differences between groups regarding comorbidity (see Table 4.6). The suicide group had a significantly higher number of current Axis I comorbid disorders than the control group (1.69 versus 1.23, $p = .023$). There were no group differences regarding alcohol and drug abuse or dependence. However, Fisher's Exact Test analyses revealed a significant group difference regarding current depressive disorder not otherwise specified ($p = .012$): 26 % ($n = 7$) of the suicide group presented this diagnosis versus 3 % ($n = 1$) of the living controls (see Figure 4.7).

Table 4.6. Presence of comorbid Axis I disorders

Disorder	Schizophrenic suicides (n=)	Living controls (n=)	Fisher's Exact Test ⁺
Lifetime major depression	3% (1)	3 % (1)	1.000
Current major depression	4 % (1)	3 % (1)	1.000
Lifetime depression NOS	27 % (7)	22 % (7)	.761
Current depression NOS	26 % (7)	3 % (1)	.017
Lifetime alcohol dependence	19 % (5)	20 % (6)	1.000
Current alcohol dependence	11 % (3)	10 % (3)	1.000
Lifetime cannabis dependence	18 % (5)	16 % (5)	1.000
Current cannabis dependence	21 % (6)	13 % (4)	.491
Lifetime cocaine dependence	4 % (1)	3 % (1)	1.000
Current cocaine dependence	4 % (1)	0 % (0)	.467
Lifetime OCD	0 % (0)	0 % (0)	N/A
Current OCD	0 % (0)	0 % (0)	N/A

⁺ Exact significance - two-sided

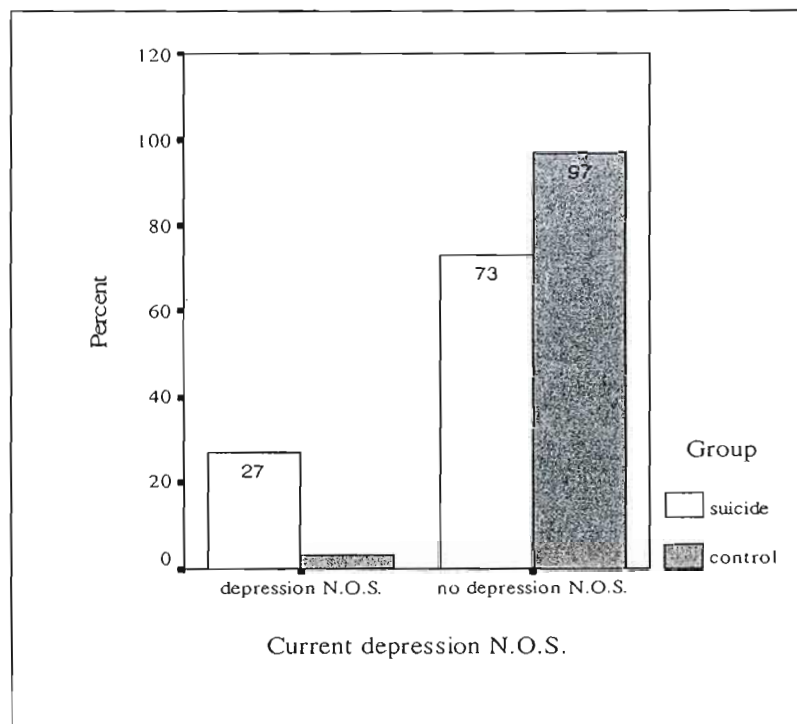


Figure 4.6. Group differences regarding current depression not otherwise specified

4.7.3. Axis II disorders

There were no significant group differences in regards to Axis II disorders. However, t-tests revealed significant group differences concerning the presence of avoidant personality disorder symptoms and schizoid personality disorder symptoms (see Table 4.7 and Figure 4.8). Interestingly, the living controls had significantly higher number of avoidant personality symptoms than the suicide group ($t = -1.90$, $p = .051$). There were 15 subjects in the control group who had at least one symptom as compared to 8 subjects in the suicide group. Another group difference was found for schizoid personality symptoms ($t = -2.61$, $p = .009$). Once again, a significantly higher number of subjects in the control group had at least one symptom compared to the suicide group (16 versus 7).

Table 4.7. Comorbid Axis II disorder symptoms

	Schizophrenic suicides	Living controls	t
Avoidant personality disorder symptoms	.63	1.59	-2.609**
Schizoid personality disorder symptoms	.37	.94	-1.903*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

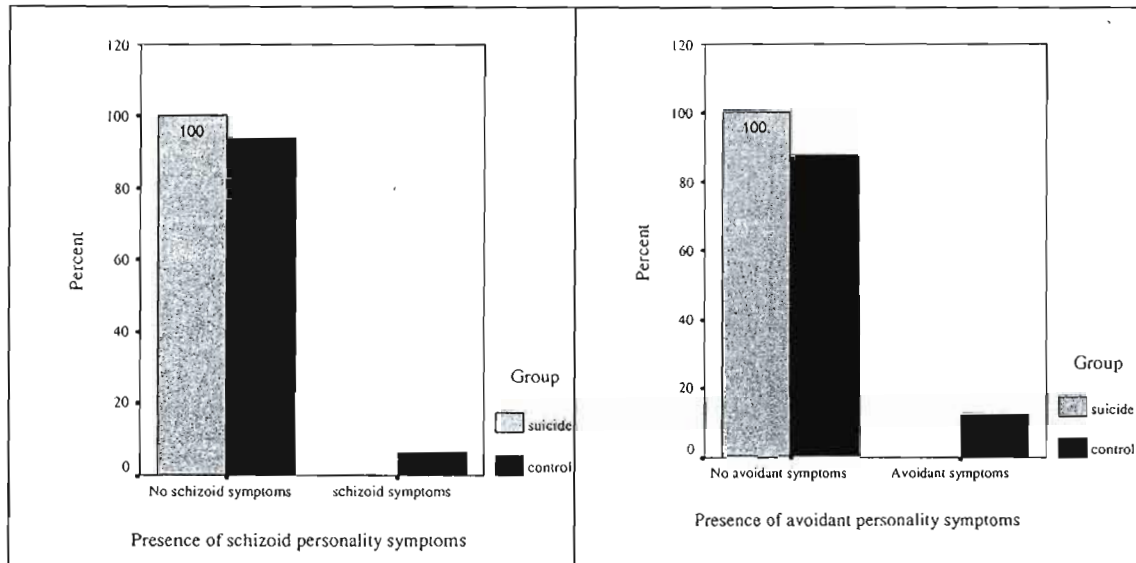


Figure 4.7. Avoidant and schizoid personality disorder symptoms

4.8. Correlations

Pearson correlations were performed on several key variables, that is, those on which significant group differences were found and which were of particular interest to study hypotheses, specifically awareness of illness, acceptance of illness, acceptance of illness treatment, life events related to illness and current depression not otherwise specified (see Table 4.8). The results yielded several significant relationships. First, illness acceptance and life events related to illness were negatively correlated ($p \leq .01$), indicating that the more the subject refused to accept his illness the more life events related to the illness he experienced. Second, illness acceptance was also significantly negatively correlated with current depression not otherwise specified ($p \leq .05$). This indicates that the more the subject refused to accept his illness, the more likely he was to have a diagnosis of depression not otherwise specified at the time of death (suicide group) or at the time of the interview (control group).

Table 4.8. Pearson correlations

	Subject's acceptance of illness	Subject's acceptance of treatment (medication)	Subject's awareness of illness	Current Depression N.O.S.	Life events related to illness
Subject's acceptance of illness	1	.425**	.268**	-.354*	-.418**
Subject's acceptance of treatment (medication)	.425**	1	.332**	-.076	-.139
Subject's awareness of illness	.268*	.332**	1	-.162	-.069
Current Depression N.O.S.	-.354**	-.076	-.162	1	.099
Life events related to illness	-.418**	-.139	-.069	.099	1

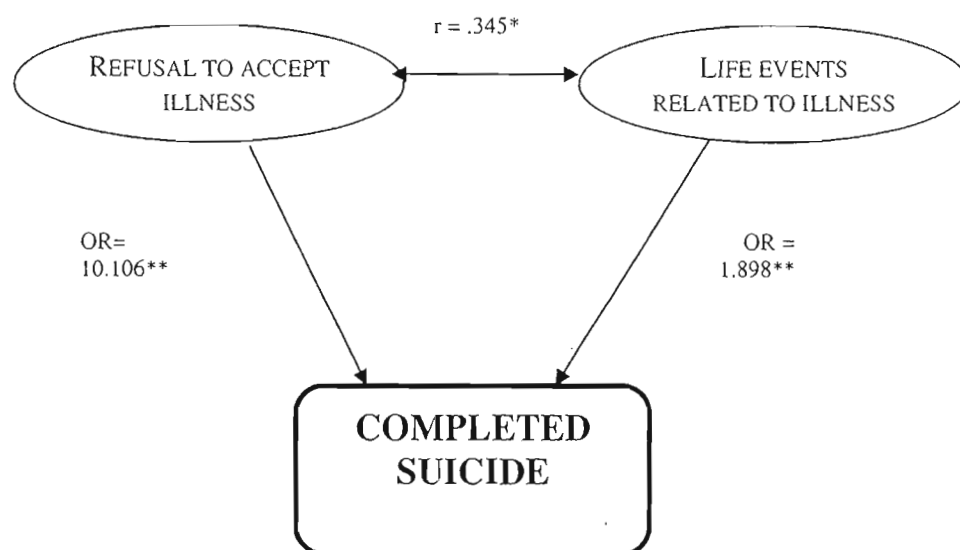
* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

4.9. Predictors of suicide

A hierarchical standard logistic regression analysis was performed on four variables which significantly differentiated the suicide group from the control group: acceptance of illness, acceptance of treatment (i.e. medication), current depression not otherwise specified and life events related to illness. The variable “current depression N.O.S.” was recoded from three categories (1 = absent; 2 = threshold; 3 = present) to two categories (1 = present; 2 = absent) since there was only one subject who presented depressive symptoms N.O.S. without actually having the diagnosis, thus including this subject in the “absent” diagnosis group.

The results indicated that refusal to accept treatment significantly predicted suicide ($OR = 6.166$; 95 % $CI: 1.031 - 36.879$) as well as life events related to illness ($OR = 1.965$; 95 % $CI: 1.151 - 3.357$). Refusal to accept illness was almost significant in predicting suicide ($OR = 5.175$; 95 % $CI: .911 - 29.396$, $p = .064$) when all three other variables were included in the model. However, when considered on its own, refusal to accept illness significantly predicted suicide ($OR = 14.992$; 95 % $CI: 3.442 - 65.306$).

Since current depression not otherwise specified was not a significant predictor in this model ($p = .241$) and acceptance of illness and acceptance of treatment were correlated ($r = -.433$; $p \leq .001$), we decided to remove both “refusal to accept treatment” and “depression N.O.S.” from our final model (see Figure 4.9). The logistic regression analysis yielded a significant predictive relationship between refusal to accept illness and suicide ($OR = 10.106$; 95 % $CI: 2.085 - 48.986$) and life events related to illness and suicide ($OR = 1.898$; 95 % $CI: 1.128 - 3.195$).



* $p \leq .05$
** $p \leq .01$

Figure 4.8. Predictors of suicide

CHAPTER V

DISCUSSION

The goal of this study was to examine the impact of the schizophrenic patients' relationship with their illness on suicide risk. Specifically, we wished to examine: 1) the role of awareness of illness, acceptance of illness and acceptance of treatment (medication) on suicide risk in schizophrenic patients, 2) which period of the illness course is particularly at high risk for suicide, 3) the family's acceptance of their relative's illness at the time of the initial diagnosis, 4) the family's involvement in the subject's illness treatment, and finally 6) illness related life events during the twelve months prior to the suicide.

Our results yielded several group differences regarding acceptance of illness acceptance of illness treatment, and life events related to illness as well as severe life events and severe difficulties. Furthermore, although not the focus of our study per se, revealing findings surfaced regarding current depression not otherwise specified as a suicide risk factor. Refusing to accept illness and illness-related life events were the only two variables to significantly predict suicide. Interestingly, positive and negative schizophrenia symptoms emerged as protective factors as well as schizoid personality disorder symptoms and avoidant personality disorder symptoms. The results will be discussed in this chapter in relation to the existing literature (sections 5.1. to 5.5) followed by the limitations and strengths of the study (section 5.6),

implications for research (section 5.7), implications for prevention and intervention (section 5.8) and our conclusions.

5.1. Internal factors and suicide risk in schizophrenia

5.1.1. Awareness of illness

Our first hypothesis was not confirmed. We predicted that the schizophrenic suicides would demonstrate less awareness of illness than the living controls. However, the results revealed no group difference regarding awareness of illness. The majority (88 %) of the living controls was aware of their illness and this was also the case for the schizophrenic suicides (79 %). Our results are consistent with those that found no association between awareness of illness and increased suicide risk, anxiety or depression (Hawton et al., 2005; Recasens et al., 2002; Yen et al., 2006). Bourgeois and colleagues' study (2004) suggests that the effects of awareness on suicide attempts become non-significant if depression is present. Furthermore, research has found that awareness of illness can increase suicide risk only if hopelessness is present; if hopelessness is factored out, the relationship between awareness of illness and suicide is non-significant (Kim, Jayatilake, and Meltzer, 2003). We found that depression was present significantly more often in the schizophrenic suicides than in the living controls. We did not measure for hopelessness. In our study, depression had a more significant impact on suicide risk than awareness of illness. It may be, however, that the schizophrenic suicides had a higher level of hopelessness than the living controls. Our results suggest that refusing to accept illness has a more significant impact on suicide than being unaware of the illness as we shall see discussed in the following subsection.

5.1.2. Acceptance of illness and acceptance of treatment

Our second hypothesis was confirmed. The subjects in the suicide group accepted their illness in a significantly lower proportion than in the control group. Furthermore, we found that refusing to accept illness is a significant predictor of suicide. Our study also revealed that refusing to accept the illness was significantly correlated to current depression not otherwise specified. This indicates that this factor contributes, at least partially, to the development of depression in schizophrenia. Further research is necessary to investigate the extent of this relationship.

To date, no study has specifically focused on the effects of illness acceptance on schizophrenic suicides. Kravetz, Faust and David (2000) did find, however, that the subjects' perceived control over their illness reported a better quality of life than those who did not feel they had control over it. This suggests that working on increasing control over one's illness could decrease suicide risk by increasing quality of life. Additional research is required to test this hypothesis.

Regarding acceptance of treatment (i.e. prescribed medication), our findings indicate that schizophrenic patients who do not voluntarily accept their treatment and thus do not take their medication regularly as prescribed by their doctors are at an increased risk of committing suicide compared to those who do. This is consistent with literature indicating that schizophrenic suicides are significantly more likely than schizophrenic controls not to comply with their medication treatment (De Hert et al., 2001; Hunt, Kapur, Windfur, Robinson, Bickley, Flynn, et al., 2006; Leucht and Heres, 2006; Ward, Ishak, Proskorovsky, and Caro, 2006).

5.1.3. Illness course

Our third hypothesis regarding illness course was confirmed and our results are consistent with the literature which indicates that schizophrenic are at particularly high risk to commit suicide early in the illness development (Harkavy-Friedman et al., 1999; Kuo et al., 2005). Indeed, the case subjects in our study committed suicide early in the illness course as predicted. Our results indicate that the suicide occurred, on average 7.5 years following the illness diagnosis.

It may be that the contributing factor to suicide during the beginning of the development of schizophrenia is the presence of depressive symptoms in that period, increasing the risk of suicide. We found that the schizophrenic suicides were significantly more depressed – as attested by a diagnosis of current depression not otherwise specified – than the living controls in our study. According to the literature, depression is present in the beginning of the development of schizophrenia (Häfner, 2005; Häfner, Maurer, Trendler, and der Heiden, and Schmidt, 2005a; Häfner, Maurer, Trendler, an der Heiden, Schmidt, and Könnecke, 2005b) and is an important part of a psychotic relapse. Our results revealed that the subjects in the suicide group, who were in the early years of their illness development, were hospitalized significantly more often in the last twelve months compared to the living controls suggesting an increase in relapses in that group and consequently an increase in depressive symptoms. This may contribute in explaining their increased suicide risk.

In summary, regarding the internal factors we investigated, refusing to accept illness and refusing to accept treatment (medication) significantly increased suicide risk in schizophrenia. Furthermore, suicide does occur in the early years of the illness development, perhaps, in part, because of the increased presence of depression and psychotic relapses during that period. Awareness of illness does not seem to have any significant impact on suicide.

5.2. External factors and suicide risk in schizophrenia

5.2.1. Family's acceptance of the illness and involvement in the treatment

Our hypothesis concerning the family's rejection of the subject's illness at the time of diagnosis was not confirmed. Although no significant results emerged from our analyses, an interesting finding did emerge regarding parental acceptance of the illness: more than half of the mothers in both the suicide group and the control group accepted their child's diagnosis. This acceptance did not help decrease suicide risk, however. As for the fathers, most of them did not accept their child's illness diagnostic and this did not affect suicide risk either. Although we had data for only a small number of fathers, our results regarding their reaction to their child's illness are consistent with research on this subject. The scientific literature indicates that, much like the fathers in our study, fathers of adult schizophrenic children react initially with denial and shock (Nyström and Svensson, 2004; Wintersteen and Rasmussen, 1997). They experience stress, a feeling of losing control, hopelessness, helplessness and a loss of self-esteem (Nyström and Svensson, 2004). Furthermore, it takes fathers longer than their wives to accept their child's illness and to get involved with their ill child (Wintersteen and Rasmussen, 1997). However, with time they learn to grieve and thus accept the illness and provide support by becoming more actively involved in their child's treatment (Nyström and Svensson, 2004) even though the experience of caring for a schizophrenic adult child has been described as anxiety-filled and stressful by both mothers and fathers (Ferriter and Huband, 2003; Tuck, du Mont, Evans, and Shupe, 1997).

Our results suggest that neither parental acceptance nor refusal to accept the subject's illness affect the suicidal risk in schizophrenic patients. Previous literature has found that parental attitude towards their schizophrenic child as expressed emotion and lack of empathy (Giròn and Gòmez-Beneyto, 1998; King and Dixon,

1999) has an impact on illness relapse. Although we did not measure expressed emotion, we did measure parental acceptance or rejection of the diagnosis and this had no impact on the suicide risk of their adult child.

Our hypothesis regarding parental involvement in the subject's illness treatment at the time of death was not supported by our results. Indeed, we found that in both the schizophrenic suicides and living controls, at least one family member was involved in the great majority of cases (between 84 % and 89 %). This familial presence did not act as a protective factor towards suicide. This makes us question why the family's accepting attitude does not help decrease suicide risk in schizophrenic patients. Our results suggest that perhaps factors within the individual have a more significant impact on suicide than external factors such as familial acceptance and support. Nonetheless, we did find that certain external factors contribute to increasing suicide risk, as we shall discuss in the following subsection.

5.2.2. Life events

Our hypothesis concerning life events related to illness was confirmed. Indeed, the case subjects had a significantly higher number of life events related to their illness than the living controls and a large proportion of these illness-related life events was comprised of severe life events. These severe illness-related events included hospitalizations, decrease of contacts, loss of a job because of illness, suicide attempts, being placed in a group home for the mentally ill, being forbidden to contact one's own children, etc. This is consistent with previous research on the subject which indicates that life events prior to suicide in schizophrenia are associated to various factors, mostly related to the illness, for example illness phase, outpatient status, irregular medication use (Heïla, Isometsa, et al., 1999).

The findings on illness related life events raise an important issue concerning contact with mental health professionals prior to suicide. Our results indicate that the schizophrenic suicides had a significantly higher number of hospitalizations or stays in crisis centers in the last 12 months of their lives than the living controls. This suggests that the schizophrenic suicides had significant amount of contact during the last year with clinicians or other mental health professionals. The literature indicates that a great number of suicides occur in the weeks or months following hospital discharge (Caldwell and Gottesman, 1992; Pompili, Mancinelli, Ruberto, Kotzaldis, Girard, and Tatarelli, 2005; Rossau and Mortensen, 1997). Pompili and colleagues' (2005) review on where schizophrenic patients commit suicide proposes prevention strategies in which hospital staff can play an active role in screening schizophrenic patients before they are discharged. This includes evaluating the environment in which the patient is returning to, after leaving the hospital. Furthermore, general practitioners can also play an important part in identifying suicide risk factors in the schizophrenic patients they see. These prevention strategies are all the more important, since schizophrenic patients are 34 times more at risk for committing suicide after discharge than the general population (Pompili et al., 2005).

Although not the focus of our hypothesis, we examined the total number of life events and provoking life events in our sample. There were no significant group differences regarding total number of life events although both the suicide and the control groups had a high number of events, with a mean of 6.2 for the subjects in both groups. Our finding is consistent with some studies on the subject (Heila, Heikkinen, et al., 1999) which found a lower proportion of life events in schizophrenic patients versus non-schizophrenic ones. Furthermore, Fennig and colleagues (2005) found a lower number of life events in a non-suicidal group of schizophrenic adolescent patients compared to a suicidal group of schizophrenic patients.

Even though both groups had a similarly high number of total life events, our study revealed a significant difference between groups in the severity of life events (as coded 1 and 2 in the LEDS codification system) and the severity of difficulties (as coded 1, 2, 3, in the LEDS codification system). Thus, schizophrenic suicides experience a greater number of severe life events and difficulties compared to the living controls. Furthermore, a difference emerged regarding the number of life events occurring in the last three months: the suicide group had a significantly higher number of life events in the twelve weeks compared to the living controls. These are the events which may have “provoked” the suicidal act and our results suggest that these events increase the risk of suicide in schizophrenic patients.

In summary, regarding external factors, we found that family related variables, such as the family’s acceptance or rejection of illness and involvement in the treatment do not impact suicide risk. Our results regarding life events indicate that, although total number of life events is not in itself a significant predictor of suicide in schizophrenic patients, severe life events and life events related to illness, which are mainly severe in nature, increase suicide risk. These illness-related events, which are “generated” by the illness, are significantly correlated to the refusal to accept illness, both of which significantly predict suicide in schizophrenia. Thus, these findings point to internal factors as being responsible for increasing suicide in schizophrenia in our study, because even the external factors—namely life events—which increase suicide, emerge from within the individual, specifically by being generated by the illness and by the patient’s refusal to accept it.

5.3. Secondary results

5.3.1. Schizophrenia subtype and symptoms

Our study revealed that the paranoid type of schizophrenia was the most prevalent in both groups, which is consistent with the literature (Heïla, Isometsa, et

al., 1999). A significantly lower number of positive symptoms and of negative symptoms differentiated the schizophrenic suicides from the living controls. Regarding specific symptomatology, the suicide group had a significantly lower presence of delusions of reference and exaggerated motricity, avolition, and negativism than the control group.

These results contradict previous research regarding schizophrenia symptoms and suicide. Several studies have found that positive symptoms are associated with increased suicide risk (Altamura et al., 2003; Bhatia, Thomas, Semwal, Thelma, Nimgaonkar, and Deshpande, 2006; Hawton et al., 2005; Kelly et al., 2004), although others yielded no significant results regarding the influence of specific positive symptoms (delusions) on suicide risk (Grunebaum et al., 2001). Consensus is lacking on the impact of positive symptoms on suicide in schizophrenia (Tandon and Jibson, 2003).

Regarding negative symptoms, past research had yielded inconclusive results, with some finding no difference between schizophrenic suicides and living controls on this measure (Hawton et al., 2005; Kelly et al., 2005) and others suggesting that negative symptoms act as a protective factor (Fenton, McGlashan, Victor, and Blyer, 1997; Fenton, 2000; McGirr, Tousignant, Routhier, Pouliot, Chawky, Margolese, and Turecki, 2006). In our study, an association between negative symptoms and decreased suicide risk was found, thus suggesting that an increased number of negative symptoms protect schizophrenic patients from suicide risk. However, the elevated presence of positive symptoms may also act as a protective factor from suicide risk, although, how this happens is unclear. Our results are consistent, though, with Hawton and colleagues' study (2005) who found a significant association between the presence of hallucinations and decreased suicide risk.

Our findings regarding schizophrenia symptoms are somewhat consistent with those of Stephens, Richard, and McHugh (1999) who found no significant relation between delusions and hallucination and completed suicide in schizophrenic patients. Although their research focused on suicide attempters, Grunebaum and colleagues (2001) also found that the presence of delusions had no impact on history of suicide attempts in schizophrenic patients. They suggest that depression is the factor that has the most significant impact on suicide risk in schizophrenia rather than the presence of delusions. Our results support this conclusion since we found no group differences regarding delusions and the schizophrenic suicides had a higher rate of depression than the living controls in our study.

Additionally, our study found that delusions of reference to be the significantly more prevalent type of positive symptom in the control group compared to the suicide group. These refer to the subject's delusional interpretation regarding certain events, people or things around him (e.g.: people he does not know are talking about him; he believes that the television, the radio or the newspapers are transmitting special messages to him alone, etc.). Although this type of delusion is the most common, little research has been undertaken on this subject (Startup and Startup, 2005) and no study has been conducted on the association between delusions of reference and lower risk of suicide. Neither has any research specifically examined the effect of exaggerated motricity – the other positive symptom we found to be significantly less present in the suicide group – on suicide risk.

Our research findings suggest that certain positive symptoms may act as protective factors in suicide in conjunction with acceptance of illness, both of which we found to be significantly more present in the living controls. This suggests that a positive relation with one's illness, as reflected by acceptance of one's illness, may decrease suicide risk "despite" the elevated presence of positive symptoms. Further research is required to test the protective quality of positive symptoms. It may be that

these findings are produced by differences in the types of informants we had in our groups. However, we found no differences between groups regarding informants. Furthermore, previous research has demonstrated the accuracy of diagnostic information yielded by third party information (Conner, Conwell, and Duberstein, 2001; Zhang, Conwell, Wiecezorek, Jiang, Chao, Shuhua, and Zhou, 2003)

5.3.2. Axis I disorders

Our results revealed that a significantly higher number of subjects in the suicide group had current depression not otherwise specified than the living controls. This is consistent with the findings of various studies which found depression to increase suicide risk in schizophrenic patients (Caldwell and Gottesman, 1992; Cavanagh et al., 2003; Grunenbaum et al., 2001; Heila et al., 1999; Kelly et al., 2005; Kreyenbuhl, Kelly, and Conley, 2002; Kuo et al., 2005; Potkin et al., 2003; Rossau and Mortensen, 1997; Tejedor, et al., 1987). An der Heiden and colleagues (2005), who studied the prevalence of depression in 107 schizophrenic patients, found that approximately 30 % to 35 % of their sample had at least one significant symptom of depression at any given time and that this proportion increased to 50 % in the two months immediately following a psychotic episode. The schizophrenic suicides in our sample were hospitalized significantly more often than the living controls and had more diagnoses of depression N.O.S. than the living controls which may suggest the presence of more psychotic episodes during the last year prior to their deaths. We also found that current depression N.O.S. was significantly correlated to refusal to accept illness, and that the schizophrenic suicides committed suicide in the early years of the illness development. Our results indicate that depression may be more likely to develop in the beginning of the illness course during which the schizophrenic patient is at a stage where he refuses to accept his illness thus significantly increasing his suicide risk.

Regarding other Axis I disorders, our study did not find an important presence of comorbid substance or alcohol abuse or dependence. This is consistent with Kuo and colleagues' findings (2001) but partly in contradiction with Hawton's meta-analysis (Hawton et al., 2005) which revealed a significant association between substance misuse and dependence and suicide but no association with neither alcoholism nor alcohol abuse.

5.3.3. Axis II disorders

Our study found a decreased prevalence of schizoid personality disorder (cluster A) symptoms and avoidant personality disorder (cluster C) symptoms in the suicide group compared to the living controls. This suggests that these cluster A and cluster C symptoms may act as protective factors in schizophrenic patients. Schizoid personality disorder is characterized by a detachment towards social relationships and a restriction in the variety of emotional expressions (American Psychiatric Association, 1994). Avoidant personality disorder is characterized social inhibition, a sense of not meeting other peoples' expectations and hypersensitivity towards others' negative judgment (American Psychiatric Association, 1994). Detachment from social relationships and social inhibition may act as protectors from suicide risk by decreasing the possibilities of interaction and thus of being involved in negative life events involving interpersonal conflicts. A recent study on personality traits in schizophrenia (Herrán, Sierra-Biddle, Cuesta, Sandoya, and Vázquez-Barquero, 2006) found that schizophrenic patients display higher harm avoidance than the general population. Further research on personality and suicide in schizophrenia is warranted.

Previous research has established an association between the presence of personality disorders and suicide risk (Duberstein and Conwell, 1997; Overholser, Stockmeier, Dilley and Freiheit, 2002; Schneider, et al., 2006) especially borderline

personality and antisocial personality disorders. It has been suggested that schizoid personality disorder is infrequent in completed suicide (Duberstein and Conwell, 1997) which was the case in our sample. Avoidant personality disorder does not seem to be associated to suicide attempts in psychiatric patients (Chioqueta and Stiles, 2004). Furthermore, a recent study on depressed inpatients found that, although avoidant personality disorder does increase suicidal ideation, it does not increase suicide attempts (Dervic, Grunenbaum, Burke, Mann, and Oquendo, 2007). These studies focused on psychiatric patients diagnosed mainly with affective disorders and various Axis II disorders but did not include schizophrenic patients. Further research is required to replicate our findings.

5.4. Predictors of suicide

Our research yielded several interesting findings regarding acceptance of illness, acceptance of treatment, life events, schizophrenia symptoms and depression. However, in our final logistic regression model, we found that the only significant predictors of suicide were refusing to accept illness and illness-related life events, that is, those that are brought forth by the illness and by the refusal to accept it as we explained earlier (section 5.2.2). Suicide is mainly influenced by factors within the individual, more so than the external factors we examined. Thus, our findings strongly indicate that a negative relation with one's illness significantly increases suicide risk in schizophrenic patients as we shall discuss in the following section.

5.5. Schizophrenic patients' relation with their illness

Our results suggest that the external factors we studied play a less significant role in suicidal risk than the internal factors we examined reflecting the subjects' relation with his illness, namely acceptance of illness. Regarding the external factors we examined, the family's rejection or acceptance did not impact suicide risk, neither did the family's involvement in the subject's illness treatment. As for life events and

difficulties, neither the number of life events nor the number of difficulties had a significant relationship to suicide. However, the more severe life events and difficulties were significantly associated to suicide in our sample. Interestingly, most of the severe life events experienced by the schizophrenic suicides were illness-related and most of the illness-related life events they experienced were severe. These include, among others, hospitalizations, separations from children and spouses, attacking family members and strangers because of beliefs brought upon by delusions and suicide attempts. Furthermore, we found that acceptance of illness was significantly correlated to the number of life events related to illness which was also associated to increased suicide risk. Life events related to illness was also a significant predictor of completed suicide, as was refusal to accept illness, in our final model.

Regarding symptomatology and diagnoses, we found that the number and type of positive and negative symptoms, and the presence of schizoid and avoidant personality disorders' symptoms decreased suicide risk. The presence of depression in the last six months increased suicide risk. Thus, our findings indicate that factors within the individual have a more significant association to suicide than factors outside the individual and his illness. However, current depression not otherwise specified was not a significant predictor of completed suicide when refusal to accept illness and life events related to illness were considered. This strongly suggests that, although depression at the time of death significantly differentiates both groups, acceptance of illness, or refusal thereof, has a more significant impact on suicide than depression.

Indeed, our findings indicate that a negative relation with their illness, as reflected by a refusal to accept the illness and severe illness-related events increase suicide risk significantly in schizophrenic patients. What is it about refusing to accept one's diagnosis that increases suicide risk? We found that refusal to accept one's

illness was significantly correlated to current depression. Moreover, when questioned if the subjects' refusal to accept their illness may have caused them to contemplate suicide, in 38 % of the cases, schizophrenic suicides' refusal to accept their illness led them to suicidal ideas and suicide attempts. Furthermore, the majority (65 %) of the subjects in the suicide group was distressed and expressed thoughts of suicide and in some cases, even attempted suicide in the weeks prior to the death. This attests to the suffering they were experiencing at the time.

Our results bring us back to Shneidman's theory (1993) that suicide is caused by *psychache*, that is, extreme psychological suffering that the person can no longer tolerate, thus seeking escape by committing suicide. The author agrees that many factors are involved in the suicidal process, but at its root we find the psychological pain he refers to as *psychache* (Shneidman, 2005). He states that "suicide is not psychiatric disorder" (Shneidman, 1993, p. 55). Previous research has, in fact, shown that in the great majority of suicide, psychiatric disorder is present but not all people with psychiatric disorders commit suicide (Apter and Ofek, 2001; Cavanagh et al., 2003). Our findings attest to this since both groups had a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder but only one group died by suicide. Both groups were equally aware or unaware of their illness but they refused their illness in a significantly greater proportion in the suicide group. Moreover, refusal to accept illness was correlated to the presence of current depression and life events related to illness in the individual in our sample. This shows that a negative relation with one's illness, as attested by refusal to accept it, may be at the root of suicidal risk in schizophrenic patients, increasing the risk of depression and severe illness-related life events.

Scientific literature on acceptance of illness in patients with other severe and persistent mental disorders, such as bipolar illness, has shown that acceptance of illness is crucial in maintaining mental health stability in these patients. Denial is an

obstacle that patients with bipolar disorders have to continuously fight against in order to work on staying well and maintaining stability. Authors suggest that an essential component to stability maintenance is acceptance of illness which has to happen in order to permit illness management (Pollack, 1995; Russel and Browne, 2005). Medication is a very important aspect in bipolar disorder treatment and denial of illness is a major obstacle in medication adherence (Greenhouse, Meyer, and Johnson, 2000). Our findings indicate that acceptance of illness in schizophrenia, much like in bipolar disorders, is fundamental in maintaining their mental health.

Research on physical life changing illnesses such as heart failure has found similar results regarding the use of coping strategies and psychological and medical outcomes in cardiac patients. Indeed, patients who use maladaptive coping strategies such as denial, self-distraction, behavioral disengagement, venting and self-blame, most of which divert their attention away from their illness, increase depressive symptoms and decrease quality of life (Klein, Turvey, and Pies, 2007). Furthermore, these strategies are linked to medical noncompliance which also affects quality of life in these patients. Denial is also a significant predictor of disability and depression in heart transplant candidates (Burker, Evon, Losielle, Finkel, and Mill, 2005). Thus, whether be it severe psychiatric or physical illness, denial has a serious impact on depression and quality of life. Our results, which revealed that denial of illness is related to an increase in depression and suicide in schizophrenic patients, indicate that working on acceptance as a positive coping strategy may help increase medication compliance and decrease depressive symptoms and suicide in schizophrenic patients.

Our research findings also correspond to Apter and Ofek's (2001) *mental-illness-demoralization-hopelessness* personality constellation. Apter and Ofek studied personality related characteristics that affect the suicidal process, which they call "personality constellations". People fitting this personality constellation experience hopelessness associated to depression both resulting from a mental

disorder such as schizophrenia. Hopelessness is what mainly characterizes people who commit suicide regardless of their psychiatric history (Mishara and Tousignant, 2004). Moreover, Heila and colleagues, when referring to the “internal” illness-related factors affecting suicide in schizophrenia, discussed the impact of demoralization on the suicidal process in this population (Heila et al., 1999).

Research on hopelessness has found that this factor significantly predicts suicide in schizophrenia (Chan-Hyung, Jayatilake, and Meltzer, 2003; Kaneda, 2005; Ran et al., 2005; Tarrier, Barrowclough, Andrews, and Gregg, 2004) even when depression is controlled for (Bolton, Gooding, Kapur, Barrowclough, and Tarrier, 2007). Consequently, hope or lack of it, has a significant impact on suicide. Studies on the subject reveal that certain neurocognitive deficits and an avoidant coping style predict high levels of hope and well-being in schizophrenia (Lysaker, Clements, Wright, Evans, and Marks, 2001). Furthermore, hope has a significant effect on the coping strategies adopted by schizophrenic patients regarding their illness: patients with high hope use more active coping methods and less ignoring, resigning or self-soothing ones compared to patients with low hope (Lysaker, Campbell, and Johannesen, 2005). Moreover, positive coping strategies have been significantly associated to decreased suicide risk (Montross, Zisook and Kasckow, 2006).

Another factor which has been found, in previous literature, to influence the mental health of schizophrenic patients is perceived control over the illness. Research indicates that perceived control in schizophrenic patients has a significant impact on depression (Birchwood, Mason, MacMillan, and Healy, 1993) and negative rehabilitation outcome in this population (Hoffman, Kupper, and Kunz, 2000). If patients feel that they have no control over their illness and their health is determined more by chance than anything they do, this contributes to the development of depression and illness rehabilitation outcome.

Although, we did not specifically measure hopelessness, demoralization, perceived lack of control over illness or negative appraisal of the illness in our study, the schizophrenic suicides' distress is clearly reflected in their refusal to accept their illness, in their thoughts of suicide and even in their attempts in the weeks prior to dying (see Appendix 10). Their pain and suicidal intent were communicated and this is consistent with previous research (Heila, Henriksson, Marttunen, Isometsa, Heikkinen, and Lonnqvist, 1998). Their distress is reflected in our results. As one subject said to his mother in the weeks before his death, *«I'm in pain, there is nothing left for me but death»*². Another subject, who attempted suicide four times, asked what the point of living was. And yet others said that they could not see the end of their pain that they felt trapped, unable to get out of the situation they were living. This desperation reflects Shneidman's psychache and Apter and Ofek's demoralization and hopelessness. It is also consistent with Williams's (1997) theory that suicide is a cry of pain caused by mental anguish and not by a wish to die.

We see, reflected in the schizophrenic suicides of our study, the pain caused by the losses they have endured following their diagnosis. Not the loss of friends or rejection from family, but loss of their future, their potential careers and love relationships. Breed (1967) talked about the relationship of the person's awareness of having lost something, such as a job, a position in society, a spouse and suicide. Breed discusses the importance of the individual's attitude towards himself and that this attitude must be a positive one. In the case of the schizophrenic suicides in our study, several of them mention having no more goals in life, a life without a future, no job, not being normal, having low-self esteem, being humiliated by their diagnosis, unable to accept their mental as being part of them, of who they are. They feel trapped in a situation that they are unable to cope with. They do not seem able to adjust to their illness which we see reflected by the fact that they do not accept it or

² The citation was translated from French by the author.

their illness treatment and by the distress they expressed to their loved ones in the weeks prior to committing suicide. Thus, their negative relationship with their illness, rather than their illness per se, influences suicide risk. Williams (1997) suggests that suicide risk is increased in schizophrenic patients by the negative feelings they have towards their illness and their symptoms, rather than by the illness per se. He also states that feelings of being trapped, of being helpless and the sense of deep hopelessness are linked to suicide in this population. Our results support this conclusion and the aforementioned literature. In effect, the schizophrenic suicides in our study expressed their pain and their distress to their loved ones, they were depressed, they did not accept their illness, they did not take their medication regularly and the events they experienced were severe and brought forth by their illness and their refusal to accept it.

Our findings are also consistent with research conducted by Birchwood and colleagues who found that one's negative appraisal of one's illness – such as the illness causing loss, humiliation and feelings of entrapment – has an impact on depression in schizophrenia (Birchwood et al., 1993; Birchwood and Chadwick, 1997; Rooke and Birchwood, 1998). Furthermore, Fialko and colleagues (2006) recent study which revealed that a negative perception of themselves, of the illness's consequences, believing that their illness would last a long time, and expressing pessimism concerning curing and controlling their illness increased suicidal ideation in schizophrenic patients.

Our findings support the aforementioned literature. They clearly show that a negative relation with one's illness in schizophrenic patients increases suicide risk as we see reflected in their refusal to accept their illness, their refusal to accept their treatment, in their depression and the events they experienced which were severe and brought forth by their illness and their refusal to accept it.

The schizophrenic suicides did express the pain and distress they were experiencing to their loved ones in their final weeks of life. Indeed, our results show that 19 out of the 29 suicides (65 %) were distressed or had suicidal ideations. How the family reacted to this pain and suffering, we do not know since we did not systematically investigate it. However, research suggests that relatives' responses to suicidal communication is often lacking in the sense that they perceive it as being part of the illness itself (Wolk-Wasserman, 1986). Further research is required to examine the role of the family's response to their schizophrenic relative's pain and suicidal communications.

5.6. Limitations and strengths of the study

Our study had certain limitations, the first concerning the method of research we employed: the psychological autopsy. As we have mentioned in our methodology section, the psychological autopsy study is of retrospective nature. The subjects of interest, i.e. the suicides, are deceased and therefore inaccessible directly. The information we collected was through interviewing a parent, a spouse, a sibling or an adult child. Our major limitation was the fact that in the vast majority of cases, we only had access to one informant for each subject which would explain why we sometimes had partial information, especially when we could only interview an adult child of the deceased who could not always answer all of our questions adequately. We may wonder if family members (as informants) may be motivated by the search for meaning of their relative's suicides, by trying to name more events than there actually are. However, since we are interested by the most important and most recent events of which the codification essentially lies upon objective elements and not on subjective impressions, there are few chances of bias if the informants make an effort to report on the objective facts. We were, however, able to access the subject's medical/psychiatric file when insufficient information was provided by the informant.

We followed the recommendations regarding psychological autopsy studies put forth by various authors. Our research was a case-control study where two groups, matched for sex and gender were compared on a variety of measures. Our suicide group was compared to a group of living patients with the same psychiatric disorder (i.e. schizophrenia or schizo-affective disorder) as suggested by Hawton and colleagues (1998) and Isometsa (2001). This helped us study specific suicide risk factors in this psychiatric group. We also chose close family members as informants in both groups in order to make group comparison simpler by avoiding asymmetry (Hawton et al., 1998). It is possible, though, that the answers provided by the respondents in the suicide group were exaggerated regarding symptomatology compared to the data collected from informants in the control group, since they were more vulnerable, having lost a close family member to suicide. Our results suggest otherwise since informants in the control group reported more, not less, positive and negative schizophrenia symptoms than the informants in the suicide group. Furthermore, previous research has also found that the informant's mental state does not influence responses regarding the deceased relative's diagnoses (Brent et al., 1988). Diagnoses were determined with the SCID for Axis I disorders (First et al., 2001) and the SCID for Axis II disorders (First et al., 1995) which have been previously used in psychological autopsy studies (Lesage, et al., 1994). However, these instruments have not been systematically validated for use by third party informants (Pouliot and De Leo, 2006).

Another limitation of our study was our small sample size (29 suicides and 32 living controls). However, schizophrenia or other psychotic disorders is a rare mental disorder and suicide, a rare phenomenon. Death by suicide occurs in approximately 5 % of people with a diagnosis of schizophrenia (Inskip, Harris, and Barraclough, 1998; Palmer et al, 2005). Thus, it is a small percentage of the population who commits suicide and simultaneously suffers from schizophrenia or other psychotic disorders. Our recruitment process spanned five years. Recruiting

subjects meeting both these essential criteria is quite difficult, not only because of the infrequency of the situation but also the stigmatizing nature of severe mental illness and death by suicide. Our sample size is a quite acceptable performance considering all this and adequately represents the frequency of schizophrenic (or other psychotic disorder) suicides in the general population.

Our study had several strengths. For example, the use of the Life Events and Difficulties Schedule (Brown and Harris, 1989) provided information on life events and difficulties having occurred in the last twelve months of life. This semi-structured interview, although requiring more time than an events checklist, yielded data spanning on a longer period than checklists, thus painting a more complete portrait of the subject's life during the last year.

Moreover, we developed a questionnaire in our research (see Appendix 6) in order to assess awareness of illness, acceptance of illness and treatment (i.e. medication) as well as the influence of the family. This instrument was comprised of open-ended questions, asked in a semi-structured format. Validity and inter-rater reliability were established. Validated awareness assessment instruments do exist and have been used in previous research assessing awareness of mental illness (Amador et al., 1994; Recasens et al., 2002; Yen et al., 2002; Bourgeois et al., 2004). However, these tools have only been utilized in studies on attempted suicide in schizophrenia but not in any study investigating completed suicide in this population. They require directly interviewing the patient in order to adequately evaluate this patient's awareness of illness. We, therefore, developed a questionnaire permitting the examination not only of awareness of illness but acceptance of illness and medical treatment in schizophrenic suicides. In addition, our tool specifically examined the link between refusal to accept illness and suicidal ideation and/or attempts. We also wished to investigate the impact of parental acceptance/rejection of the diagnosis as well as parental involvement in their adult child's illness treatment and suicide risk.

Furthermore, our questionnaire included a section on acceptance/rejection by friends following the diagnosis in order to study the impact this may have on suicide. We believe that our awareness and acceptance questionnaire permitted us to access information we would not have been otherwise be able to retrieve using existing awareness assessment scales.

Another strength of our study concerns ethical considerations. We followed the guidelines proposed by Brent (1989), Cooper (1999), Beskow and colleagues (1990) and Isometsa (2001). Informed consent was obtained from the informants of both groups and the subjects, in the control group. The interviewers, who had backgrounds in psychology and social work, were trained and supervised. They were supportive of the informants needs and did not put any pressure on them to complete the interview when they expressed distress. They referred the informants to appropriate mental health resources when necessary. The integrity of the subjects and informants of both groups was preserved at all times.

5.7. Implications for research

This case-controlled psychological autopsy study yielded several interesting significant results regarding suicide risk factors in schizophrenia. Refusal to accept illness and treatment, current depression not otherwise specified, life events related to illness, life events reflecting a marked deterioration in the subject, life events involving violence, severe life events and severe difficulties increased suicide risk. Increased presence of positive and negative schizophrenia symptoms, avoidant personality and schizoid personality disorder symptoms decreased suicide risk. Awareness of illness had no impact on suicide and neither did acceptance of illness by family and friends nor family involvement in treatment. Furthermore, we did not find comorbidity with alcohol or substance abuse/dependence influencing suicide risk as has been previously reported (Heřla et al., 1999; Hawton et al., 2005). This may be

due to our small sample size. A bigger sample size may have permitted us to investigate comorbid substance and alcohol abuse and/or dependence in schizophrenic suicides.

Our findings on acceptance of illness clearly established a relation between refusal to accept illness and suicide. Refusal to accept was correlated to current depression, and to certain types of life events. The role of acceptance of illness or refusal thereof, thus, seems crucial in the suicidal process. Additional research is required to investigate why refusal to accept illness increases suicide risk, including the role of perceived control over the illness. The explanation may lie in the psychological pain (*psychache*), despair (Shneidman, 1985; 1993; 2005), hopelessness and demoralization (Apter and Ofek, 2001; Mishara and Tousignant, 2004), caused by the refusal to accept one's illness. It may be the refusal to accept the major life changes caused by schizophrenia – such as the loss of a job, university studies, a spouse, children, a home – that influences suicide risk. Future studies should investigate despair and hopelessness in schizophrenic suicides and the link with refusal to accept the illness.

In light of the results regarding positive symptoms decreasing suicide risk, which are in contradiction with recent literature on the topic (Hawton et al., 2005; Symonds et al., 2006) further research is necessary in order to examine the replicability of our results. Additional research is equally necessary concerning the relation between schizoid and avoidant personality disorders and suicide. Few studies have focused on personality disorders and suicide specifically in schizophrenia. Our results demonstrate a link that needs to be further examined.

5.8. Implications for prevention and intervention

Our findings suggest certain potential prevention and intervention strategies aimed at reducing suicide risk in schizophrenic and schizoaffective patients. First, health professional working with these patients could work on developing illness acceptance strategies with them. Our results reveal a significant association between refusal to accept illness and suicide thus suggesting that if acceptance of illness is increased, suicide risk may diminish. Refusal to accept illness treatment is also a significant risk factor. Increasing acceptance of illness would lead to an increase of treatment (i.e. medication) acceptance since these factors are correlated. Moreover, our study found that refusal to accept illness was correlated to the number of life events related to illness and the number of life events reflecting deterioration in the subject. Both these types of events increase suicide risk. Helping patients accept their illness may also affect the occurrence of these events, hence reducing suicide risk.

Furthermore, although we found no significant association between awareness of illness and suicide in our sample, awareness is correlated to acceptance of illness and of treatment. However, before recommending working on increasing awareness of illness, further research is required on awareness of illness in order to accurately determine its benefits and disadvantages and more particularly its relationship with suicide.

Current depression not otherwise specified is significantly more prevalent in the suicide group than in the control group. Previous literature has also demonstrated the association between depression and suicide in schizophrenia (Caldwell and Gottesman, 1992; Kelly et al., 2005; Kuo et al., 2005; Potkin et al., 2003; Rossau and Mortensen, 1997; Tejedor, et al., 1987). However, depression often goes undetected in schizophrenic patients by health professionals who may mistake it for a negative symptom and is, thus, left untreated (Saarinen, Lehtonen and Lonnqvist, 1990).

Physicians and mental health professionals should be especially aware for depressive symptoms in their schizophrenic patients, especially in those who are struggling with their illness acceptance. These depressive symptoms are often present in the beginning of the illness development (Häfner, 2005; Häfner, Maurer, Trendler, an der Heiden, Schmidt, 2005; Häfner, Maurer, Trendler, an der Heiden, Schmidt, and Könnecke, 2005) and during a psychotic relapse (an der Heiden et al., 2005). If depression or depressive symptoms are detected and treated adequately during these periods of extreme vulnerability to suicide, it may help decrease suicide risk.

Mental health professionals working with schizophrenic patients often work with their families as well. Our results revealed that neither parental acceptance nor rejection nor involvement in illness treatment affected suicide. How can parents help in reducing suicide risk in their adult schizophrenic children in a context where their acceptance and involvement does not seem to have any impact on their child's suicidal risk? However, since our findings suggest that external factors, including parental support/rejection, have less of an impact than internal factors on suicide, parents could be involved in their child's treatment in a different way. Mental health professionals could include the parents in the therapeutic process in helping their children accept their illness and their illness treatment, thus supporting them in fostering a more positive relation with their illness. Furthermore, research has found that therapy involving the family (e.g.: family support groups) helps increase treatment compliance in the patient (Carrà, Montomoli, Massimo and Lorenzo, 2007). Family psychoeducation helps reduce the rate of hospitalizations in the patient as well as the number of days spent in the hospital (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop and Pitschel-Waltz, 2006) and may improve the patient's social and personal functioning (Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa, Maj and the Family Intervention Group, 2006).

Professionals can also work on supporting parents and helping them cope with their children's distress and potential suicidal ideations without, of course, being alarmist. They can help parents by giving them the necessary tools to deal with this type of situation, for example, by providing them with a list of crisis intervention and suicide prevention centers and by being available for them and their schizophrenic relative during those times of crisis.

CONCLUSIONS

The main goal of our study was to examine the influence of the relation schizophrenic patients have with their illness and its impact on suicide risk. To do so, we studied: 1) the role of awareness of illness on suicide, 2) the role of illness acceptance and acceptance of treatment on suicide, 3) illness course and suicide, 4) the influence of familial acceptance and support on suicide and 5) the presence and influence of life events, specifically illness-related life events, on suicide. To do so we conducted a case-controlled psychological autopsy study in which we compared a group of 29 schizophrenic suicides and 33 living controls diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder.

Our research revealed several interesting findings on schizophrenic patients' relation with their illness and its impact on suicide. We found that a negative relation with one's illness was significantly associated to suicide in schizophrenic patients. Specifically, we found that refusal to accept illness, refusal to accept treatment, current depression not otherwise specified and life events related to illness were significantly associated to suicide. Furthermore, refusal to accept illness was associated to refusal to accept illness treatment, depression not otherwise specified, and life events related to illness. The two variables which significantly predicted suicide in our final logistic regression model were refusal to accept illness and illness-related events – events which are “generated” by the illness and the patient's refusal to accept it. These findings indicate that factors from within the individual significantly predict suicide risk, more so than external factors, such as family and other types of life events. Mental health professionals should focus on working with

schizophrenic patients and their families – who are accepting and supportive of their adult children – to help them with their illness acceptance and thus foster a positive relationship with their illness and with themselves.

Although we did not find group differences regarding awareness of illness, we believe that a significant relationship between lack of awareness and suicide would have emerged in a larger sample size. Future research should investigate awareness of illness in a larger sample. Moreover, we found an interesting, albeit unusual, effect of positive symptoms as well as symptoms of avoidant and schizoid personality disorders and decreased suicide risk. Further research is warranted on the mechanism by which certain positive symptoms and personality disorder symptoms may act as protective factors on suicide in schizophrenic patients.

REFERENCES

- Allardyce, J. & Boydell, J., (2006). Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 592-596.
- Alptekin, K., Erkoç, S., Gögüs, A. K., Kültür, S., Mete, L., Üçok, A & Yazici, K. M. (2005). Disability in schizophrenia: Clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Research*, 135, 103-111.
- Altamura, A.C., Bassetti, R., Bignotti, S., Pioli, & Mundo, E. (2003). Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: A retrospective study. *Schizophrenia Research*, 60, 47-55.
- Amador, X. F., Harkavy-Friedman, J. M., Kasapis, C., Yale, S. A., Flaum, M., & Gorman, J.M. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness to illness. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.
- Amador, X. F., Strauss, D. H, Yale, S. A., Flaum, M. M., Andreasen, N. C., Yale, S. A., Clark, S. C, Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51 (10), 826-836.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- an der Heiden, W., Könncke, R., Maurer, K., Ropeter, D. & Häfner, H. (2005). Depression in the long-term course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 174-184.
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T. & Faragher. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 162, 168-174.
- Apter, A. & Ofek, H. (2001) Personality constellations and suicidal behaviour. In van Heeringen, K. (Ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention* (pp. 94-120). New York: Wiley.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Sastre, C. D., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. (2005). Suicidal behavior in schizophrenia and depression: A comparison. *Schizophrenia Research*, 75(1), 77-81.

- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Waltz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9.
- Barnes, T. R., Mutsatsa, S. H., Hutton, S. B., Watt, H. C. & Joyce, E. M. (2006). Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 188, 237-242.
- Bebbington, P., Wilkins S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B. & Lewis, S. (1993). Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative study. Stress incubation and the onset of affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.
- Beskow, J., Runeson, B. & Asgard, U. (1990). Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), 307-323.
- Bhatia, T., Thomas, P., Semwall, P., Thelma, B. K., Nimgaonkar, V. L., & Deshpande, S. N. (2006). Differing correlates for suicide attempts among patients with schizophrenia or schizoaffective disorders in India and USA. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 208-214.
- Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Bolton, C., Gooding, P., Kapur, N., Barrowclough, C. & Tarrier, N. (2007). Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We know they kill themselves but do we understand why? *Clinical Psychology Review*, 27, 511-536.
- Bottlender, R., Straub, A. & Möller, H. J. (2000). Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 153-160.
- Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, G. B., Lindenmayer, J-P., Hsu, C., Alphs, L., Meltzer, H.Y., & The InterSePT Study Group. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1494-1496.

- Breed, W. (1967). Suicide and loss in social interaction In Shneidamn, E. (Ed.), *Essays in Self-Destruction* (pp. 188-202). New York: Science House Inc.
- Brent, D. A. (1989). The psychological autopsy: methodological consideration for the study of adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1), 43-57.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Kolko, D. J. & Zelenak, J. P. (1988). The psychological autopsy: Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(3), 362-366.
- Brent, D.A., Perper, J. A., Moritz, G. Allman, C. J., Roth, C., Schweers, J. & Balach, L. (1993). The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: Use of family history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(2), 118-122.
- Broome, M. R., Woolley, J.B., Tabraham, P., Johns, L.C., Bramon, E., Murray, G.K., Pariante, C., McGuire, P. K., & Murray, R. M. (2005). What causes the onset of psychosis? *Schizophrenia Research*, 79, 23-34.
- Brown, S. (1997) Excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 502-508.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Bifulco, A. (1989). *Life Events and Difficulties Schedule*. London: Royal Holloway College.
- Burker, E., Evon, D. M., Losielle, M. M., Finkel, J. B. & Mill, M. R. (2005). Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 215-222.
- Byerly, M., Goodman, W., Achlonu, W., Bugno, R. & Rush, A. J. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Frequency and clinical features. *Schizophrenia Research*, 76, 309-316.
- Caldswell, C. B., & Gottesman, I. I. (1992). Schizophrenia – a high-risk factor for suicide: Clues to risk reduction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(4), 479-493.

- Cannon, M. & Clarke, M. C. (2005). Risk for schizophrenia – broadening the concepts, pushing back the boundaries. *Schizophrenia Research*, 79, 5-13.
- Carrà, G., Montomoli, C., Massimo, C. & Cazzullo, C. L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(1), 23-30
- Caspi, A., Moffit, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaites, A., Poulton, R., & Craig, I. W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57, 1117-1127.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanagh, J. T., Owens, D. G. & Johnstone, E. C. (1999). Life events in suicide and undetermined death in South-East Scotland: A case control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 645-650.
- Chan-Hyung, K., Jayatilake, K. & Meltzer, H. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behaviour. *Schizophrenia Research*, 60, 71-80.
- Chioqueta, A. P. & Stiles, T. C. (2004). Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*, 25(3), 128-133.
- Compton, M. T. (2004). Considering schizophrenia from a prevention perspective. *American Journal of Prevention Medicine*, 26(2), 178-185.
- Conner, K. R., Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 452-457.
- Cooper, J. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 467-475.
- Das, M. K., Kulhara, P. L. & Verma, S. K. (1997). Life events preceding relapse of schizophrenia, *International Journal of Social Psychiatry*, 43(1), 56-63.

- De Haan, L. Boogenboom, B., Beuk, N., van Amelsvoort, T. & Linszen, D. (2005). Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with recent-onset schizophrenic disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 519-524.
- De Hert, M. McKenzie, K & Peuske, J. (2001). Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 47, 127-134.
- Dernovsek, M. Z. & Tavcar, R. (1999). Age at onset of schizophrenia and neuroleptic dosage. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 622-626.
- Dervic, K., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J. & Oquendo, M. A. (2007). Cluster C personality disorders in major depressive episodes: The relationship between hostility and suicidal behaviour. *Archives of Suicide Research*, 11, 83-90.
- Drake, R. J., Haley, C. J., Aktar, S. & Lewis, S. W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.
- Duberstein, P. R. & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: A methodological review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 359-376.
- Ebert, B. W. (1987). Guide to conducting a psychological autopsy, *Professional Psychology Research and Practice*, 18(1), 52-56.
- Fennig, S, Horesh, N, Aloni, D., Apter, A., Weizman, A & Fennig, S. (2005). Life events and suicidality in adolescents with schizophrenia. *European Childhood and Adolescent Psychiatry*, 14, 454-460.
- Fenton, W. S., McGlashan, T. H., Victor, B. J. & Blyler, C. R. (1997). Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 199-204.
- Fenton, W. S. (2000) Depression, suicide and suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 34-39.
- Fenton, W. S., (2001). Comorbid condition in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 17-23.

- Ferriter, M. & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 552-560.
- Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Dunn, G. & Fowler, D. (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 177-186.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., Davies M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., & Rounsaville, B., 1995. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID II). Part II: Multi-site Test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- First, M. B., Gibbon, M., Willimans, J. B. W., & Lorna B. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders Research Version, Patient Edition with Psychotic Screen*. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York.
- Girón, M. & Gómez-Beneyto (1998). Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia: A 2-year follow-up prospective study, *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 619-627.
- Goodman, C., Knoll, G., Isakov, V., & Silver, H. (2005). Insight into illness in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 284-290.
- Greenhouse, W., Meyer, B & Johnson, S. L. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59, 237-241.
- Grunebaum, M. F., Oquendo, M. A., Harkavy-Friedman, J. M., Ellis, S. P., Li, S., Hass, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). Delusions and suicidality, *American Journal of Psychiatry*, 158, 742-747.
- Gupta, S., Black, D.W., Arndt, S., Hubbard, W.C, & Andreasen, N.C. (1998). Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49(10), 1353-1355.

- Haas, G. L. (1997). Suicidal behavior in schizophrenia. In Maris, R., Silverman, M., & Canetto, S. (Eds.) *Review of Suicidology*, pp.203-236.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(Suppl. 4), 14-26.
- Häfner, H. (2005). Schizophrenia and depression. *European Archives of Clinical Neuroscience*, 255, 157-158.
- Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G., an der Heiden, W. & Schmidt, M. (2005). The early course of schizophrenia and depression. *European Archives of Clinical Neuroscience*, 255,167-173.
- Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G., an der Heiden, W., Schmidt, M. & Könnecke, R. (2005). Schizophrenia and depression : Challenging the paradigm of two separate diseases – a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 77, 11-24.
- Harkavy-Friedman, J. M., Restifo, K., Malaspina, D., Kaufmann, C. A., Amador, X. F., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1276-1278.
- Hawton, K, Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A. & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues, *Journal of Affective Disorders*, 50, 269-276.
- Hawton, K., Houston, K., Malmberg, A. & Smith, S. (2003). Psychological autopsy interviews in suicide research: The reactions of informants, *Archives of Suicide Research*, 7, 73-82.
- Hawton, K. & Fagg, J. (1988). Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Harrison, P. J. & Owen, M. J. (2003). Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *The Lancet*, 361, 417-419.

- Heikkinen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. (1992). Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(6), 489-494.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 343-358.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377(Suppl.), 65-72.
- Heila, H., Isometsa, E.T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., & Lonnqvist, J. U. K. (1997). Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1235-1242.
- Heila, H., Henriksson, M. M., Marttunen, M. J., Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., & Lonnqvist, J. K. (1998) Suicide risk in schizophrenia: Dr. Heila and colleagues reply. *American Journal of Psychiatry*, 115(11), 1640.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., & Lonnqvist, J.K. (1998). Antecedents of suicide in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 173, 330-333
- Heila, H., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Marttunen, M. J., & Lonnqvist, J. K., (1999). Life events and completed suicide in schizophrenia : A comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 519-531.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M, Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., & Lonnqvist, J. K. (1999). Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(3), 2000-208.
- Herrán, A., Sierra-Biddle, D., Cuesta, M. J., Sandoya, M. & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 538-545.
- Hirsh, S., Bowen, J., Emami, J., Cramer, P., Jolley, A., Haw, C. & Dickinson, M. (1996). A one year prospective study of the effect of life events and medication in the aetiology of schizophrenic relapse. *British Journal of Psychiatry*, 168(1), 49-56.

- Hirsh, S., Cramer, P. & Bowen, J. (1992). The triggering hypothesis of the role of life events in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 18(Suppl.), 84-87.
- Hoffman, H., Kupper, Z. & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43, 147-158.
- Hunt, I., Kapur, N., Windfuhr, K., Robinson, J., Bickley, H., Flynn, S., Parsons, R., Burns, J., Shaw, J. & Appleby, L. (2006). Suicide in schizophrenia: Findings from a national clinical survey. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(3), 139-147.
- Ichimiya, Y., Ichimiya, Y., Sakurai, N. & Takag, I. (2005). Lifetime prognosis of schizophrenia: extended observation (more than 40 years) of 129 patients with typical schizophrenia. *Psychogeriatrics*, 5(2), 18-21.
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998) Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- Isometsa, E. T. (2001). Psychological autopsy studies – a review. *European Psychiatry*, 16, 379-385.
- Joyce, E. (2005). Origins of cognitive dysfunction in schizophrenia: Clues from age at onset, *British Journal of Psychiatry*, 186, 93-95.
- Kaneda, Y. (2005). Suicidality in schizophrenia as a separate symptom domain that may be independent of depression or psychosis: Letter to the editors. *Schizophrenia Research*, 81, 113-114
- Karow, A. & Pajonk, F. G. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia: Recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 637-641.
- Kavanagh, D. J., Waghom, G., Jenner, L. Chant, D. C., Carr, V., Evans, M., Herrman, H., Jablensky, A. & McGrath, J. J. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, 66, 115-124.
- Kelly, T. M. & Mann, J. J., 1996. Validity of the DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 337-343.

- Kelly, D. L., Shim, J., Feldman, S. M., Yu, Y. & Conley, R. R. (2005). Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 531-536.
- Kim, C.-H., Jayathilake, K. & Meltzer, H. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 50, 71-80.
- King, S. & Dixon, M. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 337-386.
- Krausz, M., Muller-Thomsen, T. Haason, C. (1995). Suicide among schizophrenic adolescents in the long-term course of illness. *Psychopathology*, 28(2), 95-103.
- Kravetz, S., Faust, M., David, M. (2000). Accepting the mental illness label. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 324-332.
- Kreyenbuhl, J. A., Kelly, D. L., & Conley, R. R. (2002). Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 253-261.
- Kuo, C-J., Tsai, S-Y., Lo, C-H., Wang, Y-P. & Chen, C-C. (2005). Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 579-585.
- Leucht, S. & Heres, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl. 5), 3-8.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- Lester, D. (2006). Sex differences in completed suicide by schizophrenic patients: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 36(1), 50-56.
- Lobban, F., Barrowclogh, C. & Jones, S. (2004). The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 1165-1176.

- Lysaker, P. H., Campbell, K. & Johannesen, J. K. (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5), 287-292.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Wright, D. E., Evans, J. & Marks, K. A. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 457-462.
- Maggini, C. & Raballo, A. (2006). Exploring depression in schizophrenia. *European Psychiatry*, 21, 227-232.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., Maj, M., & the Family Intervention Group, (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1784-1791.
- McEvoy, J. P. & Allen, T. B. (2003). Substance abuse (including nicotine) in schizophrenic patients. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(2), 199-205.
- McGirr, A., Tousignant, M., Routhier, D., Pouliot, L., Chawky, N., Margolese, H. & Turecki, G., 2006. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders : A case-control study. *Schizophrenia Research*, 84, 132-143.
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorder: A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16, 667-688.
- Meltzer, H. Y. (2002). Suicidality in schizophrenia: A review of the evidence for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports*, 4, 279-283.
- Mishara, B. & Tousignat, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Presses de l'Université de Montréal, Québec.
- Montross, L. P., Zisook S. & Kasckow, J. (2006). Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(3), 173-182.
- Newman, S. C. & Bland, R. C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record-linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(4), 239-245.

- Nyström, M. & Svensson, H. (2004). Lived experiences of being a father with an adult child with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(4), 363-380.
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Màrquez, M., Valdelomar, M., Haro, J. M. & NEDES Group (2006). Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 20(3), 157-163.
- O'Driscoll, G. A., Benkelfat, C., Florencio, P. S., Wolff, A. L., Joobar, R., Lal, S. & Evans, A. C. (1999). Neural correlates of eye tracking deficits in first-degree relatives of schizophrenic patients: a positron emission tomography study. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1127-34.
- Overholser, J. C., Stockmeier, C., Dilley, G. & Freiheit, S. (2002). Personality disorders in suicide attempters and completers: Preliminary findings. *Archives of Suicide Research*, 6, 123-133.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S. & Bostwick, J. M. (2005). The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253.
- Paykel, E. S., Prusoff, B.A. & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32(3), 327-333.
- Perälä, J., Suvisari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Korsinen, S., & Lonnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19-28.
- Pollack, L., (1995). Striving for stability with bipolar disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(3), 122-129.
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Freedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., Krausz, M., Lester, D., Meltzer, H. Y., Modestin, J., Montross, L. P., Mortensen, P. B., Munk-Jorgensen, P., Nielsen, J., Nordentoft, M., Saarinen, P. I., Zisook, S., Wilson, S. T. & Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6, 10, Epub.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Ruberto, A., Kotzaldis, G. D., Girardi, P. & Tatarelli, R. (2005). Where schizophrenic patients commit suicide: A review of suicide

- among inpatients and former inpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(2), 171-190.
- Pompili, M., Ruberto, A., Kotzalidid, G. D., Girardi, P. & Tatarelli, R. (2004). Suicide and awareness of illness in schizophrenia: An overview. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(4), 297-318.
- Potkin, S. G., Alphs, L., Hsu, C., Krishnan, K. R. R., Anand, R., Young, F. K., Meltzer, H., Green, A. & the InterSePT Study Group. (2003). Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biological Psychiatry*, 54, 444-452.
- Pouliot, L. & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.
- Poyurovsky, M., Fuchs, C. & Weizman, A. (1999). Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1998-2000.
- Puig-Antich, J., Orvaschel, H., Tabrizi, M. A., & Chamber, W. J. (1995). *KIDDIE-SADS-E (K-SADS-E)*. Hôpital Rivière des Praries, Service de Recherche.
- Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1999) Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1590-1595.
- Rapaport, M. H., Bazzetta, J., McAdams, L.A., Patterson, T. & Jeste, C.V. (1996). Validation of the Scale of functioning in older outpatients with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 218-228.
- Ran, M., Xiang, M., Mao, W., Hou, Z., Tang, M., Yu-Hai, E., Lai-Wan, C., Yip, P. S. F. & Conwell, Y. (2005). Characteristics of suicide attempters and nonattempters with schizophrenia in a rural community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 694-701.
- Recasens, C., Mimic, L., Dardennes, R., Guelfi, J. D. & Rouillon, F. (2002). Conscience de soi et conscience de la maladie dans la schizophrénie : relations avec l'anxiété et la dépression. *Annales Médico Psychologiques*, 160, 589-595.
- Roe, D. & Kravetz, S. (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: A multifunctional narrative approach to insight into medical disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 417-424.

- Rooke, O. & Birchwood, M. (1998). Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: A prospective study of depressed and non-depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 259-268.
- Rossau, C. D., & Mortensen, P. B. (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 355-359.
- Roy, A. (1982). Suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 141, 171-177.
- Roy, A. & Draper, R. (1995). Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychological Medicine*, 25(1), 199-202.
- Roy, A., Mazonson, A. & Pickar, D. (1984). Attempted suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 144, 303-306.
- Russell, A. J. & Browne, J. L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 187-193.
- Saarinen, P. I., & Lehtonen, J. & Lonnqvist, J. (1999). Suicide risk in schizophrenia: An analysis of 17 consecutives. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 533-542.
- Schneider, B., Wtterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K., & Fritze, J. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 17-27.
- Sevy, S., Nathanson, K., Visweswaraiiah, H. & Amador, X. (2004). The relationship between insight and symptoms in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 16-19.
- Shneidman, E. *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson Inc., New Jersey.
- Shneidman, E. (2005). Prediction of Suicide Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 1-2.
- Startup, M. & Startup, S. (2005). On two kinds of delusions of reference. *Psychiatry Research*, 137, 87-92.

- Stephens, J. H., Richard, P. & McHugh, P. R. (1999). Suicide in patients hospitalized for schizophrenia: 1913-1940. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 10-14.
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G. & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 145-151.
- Symonds, C. S., Taylor, S., Tippins, V. & Turrington, D. (2006). Violent self-harm in schizophrenia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(1), 44-49.
- Tandon, R. & Jibson, M. D. (2003). Suicidal behavior in schizophrenia: Diagnosis, neurobiology, and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 193-197.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B. & Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideations and behaviour in recent onset schizophrenia: The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 927-937.
- Tejedor, M. C., Castillon, J. J., Pericay, J. M., Puigdemívol, M. & Turnes, E. (1987). Suicidal behavior in schizophrenia. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide*, 8(2), 151-161.
- Tennant, C., Smith, A., Bebbington, P., & Hurry, J. (1979). The contextual threat of life events: The concept and its reliability. *Psychological Medicine*, 9(3), 525-528.
- Tsuang, S. (2000). Schizophrenia: Genes and environment, *Biological Psychiatry*, 47, 210-220.
- Tuck, I., du Mont, P., Evans, G. & Shupe, J. (1997). The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(3), 118-125.
- Tuulio-Henrikson, A., Partonen, T., Survisaari, J., Haukka, J. & Lönnqvist, J. (2004). Age at onset and cognitive functioning in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 185, 215-219.
- Volant, E. (2001). *Dictionnaire des suicides*, Montréal, Liber.
- Ward, A., Ishak, K., Proskorovsky, I., & Caro, J. (2006). Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the

risks for hospitalization, suicide, and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study. *Clinical Therapeutics*, 28(11), 1912-1921.

- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Harrison, G. P., Rounsaville, B. & Wittchen, H. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID).II. Multisite Test-Retest Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Williams, M. (1997). *Cry of pain , Understanding suicide and self-harm*. Penguin Books, Ontario, Canada.
- Wintersteen, R. T. & Rasmussen, K. L. (1997). Fathers of persons with mental illness: a preliminary study of coping capacity and service needs. *Community Mental Health*, 33(5), 401-413.
- Wolk-Wasserman, D. (1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 481-499.
- Wright, I. C., Rabe-Hesketh, S., Woodruff, P. W. R., David, A. S., Murray, R. M. & Bullmore, E. T. (2000). Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 16-25.
- Yen, C., Yeh, M., Chen, C. & Chung, H. (2002). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 443-447.
- Zhang, J., Conwell, Y., Wieczorek, W. F., Jiang, C., Jia, and Zhou (2003). Studying Chinese suicide with proxy-based data: Reliability and validity of the methodology and instruments in China. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 450-457.
- Zisook, S., McAdams, L. A., Kuck, J., Harris, M. J., Bailey, A., Patterson, T. L., Judd, L. L. & Jeste, D. V. (1999). Depressive symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1736-1743).

APPENDIX 1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET

SCHIZOPHRÉNIE, IMPULSIVITÉ ET SUICIDE : LES FACTEURS DE DÉCLENCHEMENT ET LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Michel Tousignant, *Ph.D., Université du Québec à Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)*

Gustavo Turecki, *M.D., Ph.D., Hôpital Douglas, Université McGill*

Alain Lesage, *Ph.D., Professeur, Centre de recherche Fernand-Seguin*

Nadia Chawky, *coordonnatrice du Centre de recherche Fernand-Seguin*

Danielle Routhier, *T.S. coordonnatrice du projet de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Georgia Vrakas, *candidate au Ph.D., Université du Québec à Montréal, CRISE*

Marie-Josée Bleau, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Sophie Cabot, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Mélanie DiMambro, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Louise Pouliot, *Ph.D. agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Le Bureau du coroner, conscient de sa responsabilité face au phénomène du suicide apporte son appui à cette étude.

DESCRIPTION DU PROJET

Le but de ce projet de recherche consiste à explorer les facteurs de risque et les événements de vie ayant précédé un décès par suicide et à soutenir les familles qui ont perdu un être cher dans des circonstances tragiques. Nous estimons important de mieux comprendre ces événements pour nous permettre un jour de les prévenir ou au moins d'en réduire la fréquence.

L'équipe de recherche souhaiterait réaliser avec vous trois types d'entrevues, d'une durée d'environ deux heures chacune. Ces entrevues sont réalisées selon votre capacité, à un moment et un lieu de votre convenance. Soyez assuré que vous pourrez à tout moment mettre fin aux entrevues.

Nous désirons également enregistrer l'entrevue afin de compiler plus fidèlement les informations que vous nous donnerez. Toute information recueillie demeurera

strictement confidentielle et sera traitée de telle façon qu'on ne puisse en aucun temps vous identifier. Les cassettes ne seront utilisées que pour les fins de la recherche et seront détruites par la suite.

De plus, la présence d'un membre de l'équipe est à votre disposition tout au long du processus, soit pour vous apporter soutien ou réconfort ou pour répondre à vos questions concernant le projet de recherche. N'hésitez pas à communiquer avec nous, même si vous décidiez d'interrompre votre implication à l'étude, il nous fera plaisir de vous aider. Vous pouvez communiquer avec nous au 987-3000 poste 1687 ou au numéro sans frais 1-866-256-6888.

CONSENTEMENT

Je sous-signé, ayant été informé de la procédure et des objectifs visés par cette recherche, accepte de collaborer en toute liberté. En tout temps je suis libre de mettre fin à mon implication.

Nom du participant en lettre moulée
Date

Signature

Nom du témoin en lettre moulée
Date

Signature

APPENDIX 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET

SCHIZOPHRÉNIE, IMPULSIVITÉ ET SUICIDE : LES FACTEURS DE DÉCLENCHEMENT ET LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Michel Tousignant, *Ph.D., Université du Québec à Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)*

Gustavo Turecki, *M.D., Ph.D., Hôpital Douglas, Université McGill*

Alain Lesage, *Ph.D., Professeur, Centre de recherche Fernand-Seguin*

Nadia Chawky, *coordonnatrice du Centre de recherche Fernand-Seguin*

Danielle Routhier, *coordonnatrice du projet de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Georgia Vrakas, *candidate au Ph.D., Université du Québec à Montréal, CRISE*

Marie-Josée Bleau, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Sophie Cabot, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Mélanie DiMambro, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Louise Pouliot, *agente de recherche, Université du Québec à Montréal, CRISE*

Le Bureau du coroner, conscient de sa responsabilité face au phénomène du suicide apporte son appui à cette étude.

1. DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

1.1 BUT DE L'ÉTUDE

Le décès par suicide est une cause importante de mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, nous ne connaissons pas les indices pour identifier les personnes les plus à risque. Cette situation rend difficile la tâche d'offrir des services de prévention appropriés. Une meilleure compréhension des facteurs menant les personnes atteintes de schizophrénie au suicide est l'une des étapes les plus importantes pour améliorer l'efficacité des programmes de prévention du suicide. L'étude actuelle s'intéresse aux facteurs biologiques pouvant jouer un rôle dans la prédisposition au suicide.

1.2 PROTOCOLE DE RECHERCHE

Nous conduisons une étude dont l'intention est de vérifier si les variations génétiques entre les personnes atteintes de schizophrénie décédées par suicide et les personnes vivantes atteintes de schizophrénie diffèrent. Plus spécifiquement, nous voulons vérifier si la prédisposition biologique-génétique individuelle est un facteur de risque important dans le cas du suicide et de la schizophrénie.

Nous vous demandons de participer à l'étude sur les variations génétiques en nous procurant un échantillon sanguin qui sera utilisé aux fins d'une analyse génétique en laboratoire.

2. PROGRESSION DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 PROCÉDURES

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous prélèverons un échantillon d'environ 20 à 30 cc. de votre sang (l'équivalent de deux cuillères à soupe) pour en extraire l'ADN. De plus, certaines cellules blanches seront congelées et pourront être transformées dans des lignes de cellules à une étape ultérieure. Les informations que nous obtiendrons des analyses de laboratoire ne vous seront pas divulguées et elles demeureront confidentielles.

3. ENTREPOSAGE DES ÉCHANTILLONS D'ADN

3.1 IDENTIFICATION DES ÉCHANTILLONS

Nous vous assurons la confidentialité des échantillons. Tous recevront un code spécifique les désignant. L'ADN ne sera pas identifié de façon spécifique mais un code servira de lien entre l'échantillon et vous. Le décodage sera effectué seulement par les investigateurs principaux ou par une personne dûment autorisée par ces derniers.

3.2. DURÉE D'ENTREPOSAGE

Les échantillons obtenus pour cette étude seront entreposés au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas pour une période pouvant aller jusqu'à 25 ans après la fin du projet de recherche. Après cette période les échantillons seront détruits.

4. RETOMBÉES

Ni vous ni votre famille ne tirerez profit directement de votre participation à cette étude. Néanmoins, les résultats permettront l'amélioration de programmes de prévention auprès de personnes suicidaires ayant un diagnostic de schizophrénie.

5. RISQUES

5.1. RISQUES PHYSIQUES

Les risques sont mineurs et sont les mêmes que ceux habituellement reliés à un prélèvement sanguin, soit la douleur provoquée par l'aiguille, une apparition possible d'une marque bleue ou d'un évanouissement.

6. CONFIDENTIALITÉ

6.1 SÉCURITÉ DES DONNÉES

Toutes les informations obtenues à propos de vous ainsi que les résultats individuels seront confidentiels; ils seront codés. Les fichiers seront gardés au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQÀM, sous la responsabilité du Dr Tousignant et au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, sous la responsabilité du Dr Turecki. Les résultats agrégés de cette étude pourront être publiés ou communiqués, d'une façon quelconque, mais vous ne pourrez être identifiés.

6.2. ACCÈS AUX DONNÉES PAR DES TIERCES PARTIES

Vos résultats personnels ne seront pas accessibles aux tierces parties comme des employeurs, organisations gouvernementales, compagnies d'assurance ou institutions éducationnelles à moins que vous ne l'ayez spécifiquement autorisé, là où la loi le permet ou qu'une ordonnance de la Cour ait été obtenue. Ceci s'applique aussi à votre conjoint ou conjointe, aux autres membres de votre famille ainsi qu'à votre médecin personnel.

7. COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir des informations concernant le programme général ou les résultats du projet de recherche. Si vous le demandez, des mises à jour seront disponibles à la fin du projet, mais il ne sera toujours pas possibles d'obtenir des renseignements sur les résultats individuels.

8. DÉSISTEMENT POUR LES INTÉRÊTS COMMERCIAUX

L'analyse des données pourrait contribuer à la mise au point de produits commerciaux pour lesquels vous ne recevrez aucun profit financier.

9. CONFLITS D'INTÉRÊT

Il n'y a pas de conflit d'intérêt associé à ce projet de recherche que ce soit en ce qui concerne les chercheurs, le Centre de recherche Fernand Seguin, le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas ou le CRISE, de l'UQAM.

10. RECRUTEMENT D'AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE

Pendant l'étude, il est possible que l'on vous demande de communiquer avec d'autres membres de votre famille afin de les inviter à participer à l'étude. Vous êtes libre d'accepter ou refuser. Les chercheurs et leur équipe médicale ne communiqueront pas directement avec les membres de votre famille pour des fins de recrutement.

11. LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET PÉRIODE DE RÉFLEXION

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour réfléchir à votre décision et discuter de votre participation avec vos proches avant de nous donner une réponse. Vous êtes également libres de vous retirer du projet en tout temps. Si vous vous retirez, votre échantillon sera retracé et détruit. Vous en serez alors informé.

12. COMPENSATION POUR DÉPENSES ENCOURUES ET POUR LES INCONVÉNIENTS

Vous recevrez une compensation financière de 25 \$ dollars pour participer à cette étude.

13. RESPONSABILITÉ CIVILE

Si vous êtes victime de blessures résultant directement de votre participation à ce projet, vous disposez de droits légaux contre les chercheurs responsables de l'étude.

14. PERSONNES RESSOURCES

Pour toute information supplémentaire concernant la progression du projet de recherche ou pour tout changement d'adresse, vous pouvez communiquer par téléphone avec le **Dr Turecki** au (514) 761-6131 poste 2369, avec le **Dr Tousignant** au (514) 987-3000 poste 4846 ou avec **madame Danielle Routhier**, coordonnatrice du projet de recherche au (514) 987-3000 poste 1687.

15. CONCLUSION : COMPRÉHENSION, LIBERTÉ ET QUESTIONS

_____ m'a expliqué la nature et le processus du projet de recherche. Je me suis familiarisé(e) avec la formule de consentement et j'en ai reçu une copie. J'ai également eu la possibilité de poser des questions qui ont été répondues. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

16. SIGNATURE, NOM, DATE

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse :

Tél. (maison) : _____ Tel.travail: _____

J'informerai l'investigateur principal de tout changement d'adresse.

Signature du participant : _____ Date : _____

17. TRADUCTION VERBALE

J'ai été présent pendant la rencontre entre le membre de l'équipe de recherche et le participant. J'ai traduit pour le participant le formulaire de consentement et toute l'information transmise concernant le projet de recherche.

Nom : _____ Signature : _____

Date : _____

18. CONSENTEMENT DU CHERCHEUR

Le projet de recherche ainsi que les conditions de participation ont été décrites au participant. Un membre de l'équipe de recherche a répondu à toutes les questions et expliqué que la participation était libre et volontaire.

Nom _____ Signature : _____

Date : _____

19. APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du Centre de recherche Fernand-Seguin le 18 avril 2002.

APPENDIX 3 – K-SADS-E

RENSEIGNEMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

0. a) Quelle (était) est sa date de naissance? ____ / ____ / ____

b) Où habitait-il? _____

1. a) Où (PRÉNOM...) est-il né ?

1. Au Québec (Précisez) _____

2. Autre province (Précisez) _____

3. A l'extérieur du Canada (Précisez) _____

b) En quelle année est-il venu s'établir au Québec? _____

2. a) Quelle est la langue que (PRÉNOM...) a apprise en premier lieu dans son enfance et qu'il comprend encore? (INSCRIVEZ EN 2a)

b) Quelle langue (parlait-il) parle-t-il habituellement à la maison? (S'il en parlait plus d'une, laquelle (parlait-il) parle-t-il le plus souvent?) (INSCRIVEZ EN 2b)

UNE RÉPONSE PAR QUESTION

Question 2a

Question 2b

Français	1	1
Anglais	2	2
Italien	3	3
Allemand	4	4
Grec	5	5
Chinois	6	6
Polonais	7	7
Autre (précisez)	_____	_____

3. a) Quel (était) est son statut matrimonial? (Au moment du décès)

Marié et vivant avec un(e) conjoint(e) 1

Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e) sans être marié 2

Séparé (légalement ou non) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e) 3

Divorcé et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e) 4

Veuf et ne vivant pas avec un conjoint 5

Jamais marié mais ayant dans le passé vécu avec un(e) conjoint(e)
dans une union libre 6

Jamais marié et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) 7

b) Depuis combien de temps (était-il) est-il dans cette situation matrimoniale ? _____

4. a) Quelle (était) est l'occupation principale de (PRÉNOM...) (avant son décès) ¹⁵⁶actuellement?

1 = Travail (demandez les Q. 5a,5b et 5f)

2 = Études (passez à la question 6a)

3 = Chômage (à quand remonte son dernier emploi rémunéré?)
_____ et demandez les Q. 5b et 5f
pour ce dernier emploi occupé.

4 = bien-être social (a-t-il déjà occupé un emploi rémunéré?)

NON = (passez à la Q. 6a)

OUI = à quand remonte son dernier emploi rémunéré?

_____ demandez les Q. 5b et 5f pour ce dernier emploi occupé.

5. a) Depuis combien de temps (occupait-il) occupe-t-il cet emploi?

b) Quel genre de travail (faisait-il) fait-il? _____

f) (Avait-il) a-t-il un autre travail?

1 = OUI 2 = NON

6. a) Quel était approximativement son revenu personnel total l'AN DERNIER (la dernière année précédant son décès) avant déduction d'impôt?

INSCRIVEZ LA RÉPONSE DANS L'ESPACE PRÉVU EN 6b .

b) Quel était le revenu total approximatif de son foyer (la dernière année avant son décès) l'an dernier avant déduction d'impôt? (Inclure les revenus de tous les membres de son foyer qui ont reçu un revenu pour l'année considérée).

Question 6a

Question 6b

Aucun revenu.....	0.....	0
0 \$ 999 \$.....	1.....	1
1 000 \$ 5 999 \$.....	2.....	2
6 000 \$ 11 999 \$.....	3.....	3
12 000 \$ 19 000 \$.....	4.....	4
20 000 \$ 29 999 \$.....	5.....	5
30 000 \$ 39 999 \$.....	6.....	6
40 000 \$ 49 999 \$.....	7.....	7
50 000 \$ et plus.....	8.....	8

7. Quel est le plus haut niveau de scolarité qu'il a complété :

N'ENCERCLER QU'UNE RÉPONSE SEULEMENT

Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle.....	0
Une année	1
Deux années	2
Trois années	3
Quatre années	4
Cinq années	5
Six années	6
Sept années	7
Huit années ou secondaire I	8
Neuf années ou secondaire II	9
Dix années ou secondaire III	10
Onze années ou secondaire IV	11
Douze années ou secondaire V	12
Études <u>partielles</u> dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale	13
<u>Diplôme</u> ou <u>certificat</u> d'études d'une école de métiers, ou d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'un CEGEP, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale	14
Études <u>partielles</u> à l' <u>université</u>	15
Certificat(s), Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat acquis	16

VIE EN GÉNÉRAL (SUPPORT SOCIAL)

Les questions qui suivent portent sur les relations (qu'avait) qu'a (PRÉNOM...) avec les gens qui (l'entouraient) l'entourent et sur sa satisfaction face à la vie. ¹³⁸

8. Au cours des 12 derniers mois (précédant son décès), combien de fois (avait-il) a-t-il participé à des rencontres avec sa parenté, ses amis ou des connaissances?

Plus d'une fois par semaine	1
Une fois par semaine	2
Au moins une fois par mois	3
Environ 1 fois par année	4
Jamais	5

9. Diriez-vous qu'il (avait) a passé son temps libre au cours des 2 derniers mois (précédant son décès):

Presque entièrement seul	1
Plus de la moitié du temps seul	2
A peu près la moitié seul et la moitié avec d'autres	3
Plus de la moitié du temps avec d'autres	4
Presque entièrement avec d'autres	5

10. (Avait-il) a-t-il des ami(e)s

1 = OUI 2 = NON

11. (Avait-il) a-t-il des enfants à lui?

1 = OUI 2 = NON

12. (Y avait-il) y a-t-il dans son entourage ou dans sa famille, quelqu'un à qui (il pouvait) il peut se confier, parler librement de ses problèmes?

1 = OUI 2 = NON

13. (Y avait-il) y a-t-il dans son entourage ou dans sa famille, quelqu'un qui (pouvait) peut l'aider s'il (était) est mal pris?

1 = OUI 2 = NON

14. Au cours de la dernière année (2) et/ou au cours des 2 dernières semaines (précédant le décès) (1) (PRÉNOM...) s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé:

a- Un(e) médecin généraliste 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

b- Un(e) médecin spécialiste 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

(SI OUI), DE QUEL(S) SPÉCIALISTE(S) S'AGIT-IL?

PRÉCISEZ _____

e- Un(e) infirmier(ère) 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

f- Un(e) pharmacien(ne) 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

j- Un(e) acupuncteur(trice) 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

k- Un(e) psychologue 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

l- Un(e) travailleur(se) social(e)
ou un(e) autre conseiller(ère)
du même type 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

(SI OUI), PRÉCISEZ LA PROFESSION: _____

m- Toute autre personne qui
fait des traitements ou qui
donne des conseils 2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP
(Psychothérapeute, médecine
douce, prêtre, etc.)

(SI OUI), PRÉCISEZ LA PROFESSION: _____

15. a) **Quelle est la dernière personne que (PRÉNOM...) a consulté? Et pourquoi?**

PRÉCISEZ LA PROFESSION, QUAND et pourquoi: _____

16. Dans la dernière année (2) et/ou ces derniers jours (quelques jours avant le décès) (1) est-ce que (PRÉNOM...) a fait usage des produits suivants:

- 01- Analgésiques (pilule contre la douleur)
comme l'aspirine?.....2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP
- 02- Tranquillisants, sédatifs
ou somnifères?2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP
- 03- Stimulants pour avoir plus d'énergie
ou se remonter le moral?2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP
- 04- Tout autre médicament?2=OUI(1an) 1=OUI 0=NON 8=NSP

(Si oui), PRÉCISEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT _____

17. a) Comparativement à d'autres personnes du même âge en bonne santé, (PRÉNOM...) (était-il) est-il restreint dans le genre ou la quantité d'activité qu'il (pouvait) peut faire, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?

1 = OUI (Demander b)

2 = NON (Passer à la question 23 à la page 7)

b) (Si oui) Depuis combien de temps (était-il) est-il restreint dans ses activités?

1 = depuis la naissance

2 = depuis année(s)

3 = depuis mois

4 = depuis moins d'un mois

23. (Mise à part ce(s) problème(s)) (au moment du décès) présente-t-il d'autres problèmes de santé?
Encerchez la lettre correspondant aux problèmes.

141

- a- Anémie
- b- Maladie de la peau ou d'autres allergies cutanées
- c- Autres allergies
- d- Rhume des foins
- e- Sérieux maux de dos ou de la colonne
- f- Arthrite ou rhumatisme
- g- Autres problèmes sérieux des os et des articulations
- h- Cancer
- i- Paralysie cérébrale
- j- Diabète
- k- Emphysème ou bronchite chronique
ou toux persistante ou asthme
- l- Déficience mentale ou intellectuelle
- m- Dépression
- n- Épilepsie
- o- Hypertension (haute pression)
- p- Maladie de coeur
- q- Troubles urinaires ou maladie du rein
- r- Ulcères d'estomac
- s- Autres troubles digestifs
- t- Goitre ou troubles de la thyroïde
- u- Migraines ou maux de tête fréquents
- v- Incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre
- w- Paralysie suite à un accident
- x- Paralysie suite à une attaque ou une
hémorragie cérébrale
- z- Période de grande confusion ou de perte
de mémoire fréquentes et importantes
- aa- Incapacité ou handicap suite à l'obésité
- zz- (Présentait-il) présente-t-il tout autre problème
de santé chronique, physique ou mentale,
ou tout autre handicap.

(SI OUI) PRÉCISEZ LE(S) PROBLÈME(S): _____

24. J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés au sujet de (PRÉNOM) ?

142

RÉPÉTEZ LES QUESTIONS a) à f) POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTIONNÉS ET INSCRIRE LES RÉPONSES DANS LA GRILLE DE LA PAGE 11.

- a) Depuis quand (avait-il) a-t-il un problème de?

LIRE LES RÉPONSES

- 1 = 2 jours ou moins
- 2 = 3 jrs à 2 semaines
- 3 = 2 semaines à moins de 1 an
- 4 = 1 an à 5 ans
- 5 = Plus de 5 ans
- 6 = Depuis la naissance

- b) Quand (PRÉNOM...) (avait-il) a-t-il consulté quelqu'un au sujet de la dernière fois?

LIRE LES RÉPONSES

- 1 = Au cours des 4 derniers mois (précédant son décès)
- 2 = 5-12 mois (précédant son décès)
- 3 = de 1 à moins de 2 ans (précédant son décès)
- 4 = 2 à 5 ans
- 5 = Plus de 5 ans
- 6 = Jamais
- 8 = Ne sait pas

- c) Qui (PRÉNOM...) (avait-il) a-t-il consulté?

- d) Combien de fois au cours des 4 derniers mois (précédant son décès) (PRÉNOM...) (avait-il) a-t-il consulté pour son problème de ?

LIRE LES RÉPONSES

- 1 = 1 fois
- 2 = 2-3 fois
- 3 = plus de 3 fois
- 4 = non (0 fois)
- 8 = ne sait pas

- e) (PRÉNOM...) (avait-il) a-t-il été hospitalisé pour ce problème au cours des 12 derniers mois (précédant son décès)? ¹⁴³

LIRE LES RÉPONSES

- 1 = oui, une fois
- 2 = oui, 2 ou 3 fois
- 3 = oui, + de 3 fois
- 4 = non (Passez au problème de santé suivant)
- 8 = ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

- f) (SI OUI) Dans quel(s) type(s) d'institution (PRÉNOM...) (avait-il) a-t-il fait un séjour?

LIRE LES RÉPONSES

- 1 = un hôpital
- 2 = un centre d'accueil
- 3 = un autre établissement de soins
- 8 = ne sait pas

-
25. A-t-il déjà été hospitalisé ou a-t-il déjà consulté pour un problème de santé mentale ou de santé physique auparavant dans sa vie, c'est-à-dire il y a plus d'un an ?

LIRE LES RÉPONSES

- 1 = oui, une fois
- 2 = oui, 2 ou 3 fois
- 3 = oui, + de 3 fois
- 4 = non (Passez au problème de santé suivant)
- 8 = ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

PRÉCISER LE NOM DES INSTITUTIONS ET LES DATES.

DEMANDER AU RÉPONDANT DE SIGNER LA FEUILLE DE CONSENTEMENT À FAIRE VENIR LE DOSSIER (OU OBTENIR LE CONSENTEMENT DU SUJET SI VIVANT).

INSCRIRE LES RÉPONSES DANS LA GRILLE DE LA PAGE 10

FEUILLE DE RÉPONSE DES QUESTIONS 24-25

24. J'AIMERAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ QUE VOUS AVEZ SIGNALÉS AU SUJET DE (PRÉNOM...)

PROBLÈMES	A) Depuis quand	B) Quand la dernière consultation	C) Qui a-t-il consulté	D) Nb. de consultations ds les 4 der. mois	E) Hospitalisation ds les 12 der. mois	F) Quelle institution (12 derniers mois) <u>Notez le nom de l'institution et la date</u>
	1 = -de 2 jours 2 = 3jrs à 2 sem. 3 = 2sem. à -de 1 an 4 = 1 à 5 ans 5 = +de 5 ans 6 = depuis la naissance	1 = 4 der. mois 2 = 5 - 12 mois 3 = 1 à 2 ans 4 = 2 à 5 ans 5 = 5 ans et + 6 = jamais 8 = NSP	NOTEZ la spécialisation	1 = 1 fois 2 = 2 - 3 fois 3 = + de 3 fois 4 = NON (0 fois) 8 = NSP	1 = 1 fois 2 = 2 - 3 fois 3 = + de 3 fois 4 = NON 8 = NSP	1 = Hôpital 2 = Centre d'accueil 3 = autre 8 = NSP
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						
9)						

25. A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ OU A-T-IL DÉJÀ CONSULTÉ POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE OU DE SANTÉ PHYSIQUE DANS SA VIE (IL Y A PLUS D'UN AN)?

PROBLÈMES > 1 AN	En quelle année	Où (nom de l'institution)	Durée de l'hospitalisation s'il y a lieu
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			

SÉPARATION DANS L'ENFANCE

145

26. Est-ce que sa mère et son père sont encore vivants?

(si le sujet avait plusieurs figures parentales, choisissez les parents considérés par lui comme étant son père et sa mère).

SI OUI, codez 99 dans les cases de 26a et 26b et passez à la question 27;

SI NON, demandez les questions 26a et 26b:

26. a) À quel âge son père/sa mère est-il/elle décédé(e)?

Codez l'âge du parent à la mort:

mère ____

père ____

26. b) Quel âge avait (PRÉNOM...) quand son père/sa mère est décédé(e)?

Codez l'âge du sujet quand la mère est décédée:

mère ____

Codez l'âge du sujet quand le père est décédé:

père ____

26. c) De quoi est-il/elle mort(e)? Décrire brièvement _____

Codez 9 si les parents sont toujours vivants

mère ____

Codez 1 si décédé(e) par suicide;

Codez 2 si décédé(e) de mort accidentelle;

père ____

Codez 3 si décédé(e) de maladie ou autre;

27. A-t-il été élevé par ses deux parents naturels pendant toute son enfance (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 15 ans).

SI OUI, codez 0 dans les cases suivantes.

SI NON, demandez la question 27a et b:

27. a) Qui a pris soin de lui pour:

b) combien de changements

Les quatre premières années de sa vie ____

De cinq à onze ans ____

De douze à quinze ans ____

Codez le type de personne qui a pris soin de lui:

0 - les deux parents naturels

1 - la mère vivante

2 - le père vivant

3 - la mère et un beau-père (ou un autre parent)

4 - le père et une belle-mère (ou un autre parent)

5 - un autre parent(s)

6 - famille d'accueil

7 - adopté

8 - en institution

9 - pensionnat/internat

29. Quel était l'emploi habituel de son père quand il était un enfant (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 15 ans). _____

30. Combien de frères et de soeurs a-t-il eu? (Inclure les demi-frères/demi-soeurs).

Nombre de frères et sœurs _____

146

31. Quel rang occupait-il dans la famille? (si enfant unique codez 01)

Rang dans la famille _____

33. Est-ce que quelqu'un de sa famille a déjà été traité pour quelque maladie psychiatrique ou quelques troubles émotionnels tels que de la dépression, de l'anxiété, de l'alcoolisme, de la schizophrénie, la maladie d'alzheimer, etc? (soit des parents, des enfants, ses propres enfants, d'autres membres de la famille)

[illegible]

34. Est-ce que quelqu'un de sa famille, tels un parent, un frère, une soeur, un oncle, une tante, un cousin ou une cousine a déjà fait une ou des tentatives de suicide ou est décédé par suicide?

[illegible]

APPENDIX 4 – SCID I

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

SONT ÉVALUÉS DANS LA PRÉSENTE SECTION L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, LES ÉPISODES MANIAQUE ET HYPOMANIAQUE, LA DYSTHYMIE ET LES TROUBLES THYMIQUES ATTRIBUABLES À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À UNE INTOXICATION AINSI QUE CERTAINES FORMES PARTICULIÈRES DE CES ÉPISODES. LA DÉPRESSION MAJEURE ET LES TROUBLES BIPOLAIRES SONT DIAGNOSTIQUES À L'AIDE DU MODULE D.

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR CRITÈRES DIAGNOSTIQUES ACTUEL

À présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

Au cours des 6 derniers mois...

...y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e), triste ou découragé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air lamoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

? 1 2 3

A1

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A2

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT
SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES
6 DERNIERS MOIS (OU LES DEUX
DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT
DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ
UNIFORME PENDANT LES 6 MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids significatif (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit

Augmentation de poids ou d'appétit

? 1 2 3

A3

A4
A5

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveilliez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie

Hypersomnie

? 1 2 3

A6

A7
A8

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur mais une manifestation
constatée par autrui).

REMARQUE : TENIR COMPTE DU
COMPOURTEMENT DU SUJET DURANT
L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur

Agitation

? 1 2 3

A9

A10
A11

aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

? 1 2 3

A12

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

? 1 2 3

A13

A14
A15

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

? 1 2 3

A16

A17
A18

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

Idées suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

? 1 2 3

A19

A20
A21
A22
A23

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 3

A24

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

8 Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

A25

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A26

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR PASSÉ)

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

1

3

A27

DEUIL SIMPLE
PASSER À LA
PAGE A. 12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

TROUBLE
DISTINCT D'UN
DEUIL SIMPLE
CONTINUER CI-
DESSOUS

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE
DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1

3

A28

PASSER À LA
PAGE A. 12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
ACTUEL

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été [déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

A29

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR
PASSÉ

⇒ SI LE SUJET N'EST PAS DÉPRIMÉ
PRÉSENTEMENT : Avez-vous déjà
connu une période pendant laquelle
vous étiez déprimé(e) pratiquement
toute la journée presque chaque
jour ? (Comment vous sentiez-
vous ?)

⇒ SI LE SUJET EST DÉPRIMÉ
ACTUELLEMENT MAIS NE
RÉPOND PAS À TOUS LES
CRITÈRES D'UN ÉPISODE
DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL :
Avez-vous déjà connu une autre
période pendant laquelle vous étiez
déprimé(e), triste ou découragé(e)
pratiquement toute la journée
presque chaque jour ?
(Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ?
Combien de temps cette période a-t-
elle duré ? (Au moins deux
semaines ?)

⇒ SI LE SUJET A CONNU UN
ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE
PASSÉ : À cette époque, éprouviez-
vous beaucoup moins d'intérêt ou de
plaisir pour les choses ou les
activités qui vous plaisent
habituellement ?

⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU
D'ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE
PASSÉ : Avez-vous connu une
période au cours de laquelle vous
éprouviez beaucoup moins d'intérêt
ou de plaisir pour les choses ou les
activités qui vous plaisent
habituellement ? (Comment vous
sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ?
Étiez-vous ainsi presque tous les jours ?
Combien de temps cela a-t-il duré ? (Au
moins deux semaines ?)

Avez-vous connu plus d'une période
comme celle-là ? (Laquelle a été la
pire ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu de
telles périodes au cours de la dernière
année ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES
(DE L'EDM)

A. Au moins cinq des symptômes suivants
doivent avoir été présents pendant une même
période d'une durée d'au moins deux semaines
et avoir représenté un changement par rapport
au fonctionnement antérieur. Une humeur
dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir
(2) doivent faire partie des symptômes.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement
toute la journée, presque tous les jours,
signalée par le sujet (p.ex., sensation de
tristesse ou de vide) ou observée par les
autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut
se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants
et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du
plaisir dans toutes ou presque toutes les
activités, pratiquement toute la journée,
presque tous les jours (signalée par le sujet ou
observée par les autres).

? 1 2 3

A52

? 1 2 3

A53

SI NI L'ITEM (1) NI
L'ITEM (2) NE SONT
COTÉS "3", PASSER
À LA PAGE A 18
(ÉPISODE
MANIAQUE ACTUEL)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN
ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ,
L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI
COMME ÉTANT LE PIRE. CEPENDANT, S'IL A
CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA
DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI.
MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LES DEUX PIRES
SEMAINES DE L'ÉPISODE EN
QUESTION.

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES
SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE
MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À
DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC
L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit ☐

Augmentation de poids ou d'appétit ☐

? 1 2 3 A54

A55

A56

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveilliez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie ☐

Hypersomnie ☐

? 1 2 3 A57

A58

A59

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur, mais une manifestation
constatée par autrui).

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur ☐

Agitation ☐

? 1 2 3 A60

A61

A62

SI NON : Est-ce le contraire qui s'est
produit — parliez-vous ou bougiez-
vous plus lentement que d'habitude ?
(Votre lenteur était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ?
Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce
presque tous les jours ?)

... avez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

? 1 2 3 A63

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

? 1 2 3

A64

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

? 1 2 3

A67

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

Idées suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

? 1 2 3

A70

A71

A72

A73

A74

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1

3

A75

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à effectuer vos tâches à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

?

1

2

3

A76

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous avez éprouvé encore plus de difficultés que durant la période dont on vient de parler ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

? 1 3

A77

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infatigable

3 = VRAI ou présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

? 1

3

A78

DEUIL SIMPLE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

AU MOINS UN ÉPISODE DISTINCT D'UN DEUIL SIMPLE

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1

3

A79

- PASSER À LA PAGE A.18 (ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus :

— —

A80

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER)

— —

A81

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI UN EXAMEN APPROFONDI DE LA MALADIE ACTUELLE NE FOURNIT AUCUNE RAISON DE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

A32

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ? (Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Ressentiez-vous plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ?

(Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)

(Comment vous sentiez-vous ?)

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :

Humeur exaltée ou expansive

Humeur irritable

? 1 2 3

A83

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

... durant au moins une semaine (moins, si on a dû hospitaliser le sujet).

? 1 2 3

A86

PASSER À LA
PAGE A.25
(ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE DES 6 DERNIERS MOIS DE L'ÉPISODE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE), quand avez-vous été le plus (TERME UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(Vous sentiez-vous plus confiant ou plus sûr(e) de vous qu'à l'accoutumée ?)
(Étiez-vous doté(e) de pouvoirs ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e) malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce que les autres avaient de la difficulté à vous arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils de la difficulté à placer un mot ?)

... vos pensées se bouscuaient-elles dans votre tête ?

... éprouviez-vous de la difficulté à vous concentrer ? Constatiez-vous que n'importe quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail, amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au point que vos amis ou votre famille en éprouvaient du souci ?)

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous agité(e) ? (À quel point ?)

8. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants ont persisté (4, si l'humeur n'est qu'imitable) et se sont manifestés de façon marquée

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

(2) Réduction du besoin de sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou besoin de parler sans cesse.

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent très rapidement.

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention du sujet est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs insignifiants ou non pertinents.

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

Cocher selon le cas :

Augmentation de l'activité

Agitation psychomotrice

? 1 2 3 A87

? 1 2 3 A88

? 1 2 3 A89

? 1 2 3 A90

? 1 2 3 A91

? 1 2 3 A92

—
—
A93
A94

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3 A95

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1 3 A96

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

C. L'épisode est assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet afin de prévenir tout risque pour lui ou pour sa famille, ou encore, comporte des caractéristiques psychotiques.

1 3 A97

DÉCRIRE :

PASSER À LA
PAGE A.26
(CRITÈRE C DE
L'ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI. Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI. Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

D. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA MANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3"

REMARQUE : TOUT ÉPISODE MANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P.EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME ÉTANT UN TROUBLE THYMIQUE ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION, PAGE A.46, PLUTÔT QUE COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I.

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex., carence en vitamine B₁₂) ou du système endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

LES CRITÈRES A, B, C ET D DE L'ÉPISODE MANIAQUE SONT COTÉS "3"

? 1 3

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

CONTINUER CI-DESSOUS

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL

A98

A99

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Combien de fois avez-vous été
(EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT
UTILISÉ) et avez-vous éprouvé
(NOMMER LES SYMPTÔMES
D'ÉPISODE MANIAQUE RELEVÉS)
pendant au moins une semaine (ou avez-
vous été hospitalisé(e) ?

Nombre d'épisodes maniaques, y compris
l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE
EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU
SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À
DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA
DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS,
PASSER À LA PAGE J.14 (FACULTATIF).

— — A100

Quel âge aviez-vous la première fois
que vous avez eu une période comme
celle-ci?

ÂGE AU PREMIER ÉPISODE
MANIAQUE

— — A101

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ÉPISODE HYPOMANIAQUE
ACTUEL

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET RÉPOND AUX CRITÈRES D'UN ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER AU PROCHAIN MODULE.

(La période pendant laquelle vous étiez [EXALTÉ(E) OU IRRITABLE OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] a-t-elle duré au moins quatre jours ?

A. Une période nettement délimitée durant laquelle le sujet a, de manière persistante, une humeur exaltée, expansive ou irritable contrastant avec son humeur habituelle (lorsqu'il n'est pas déprimé); cette période dure au moins quatre jours.

Cocher selon le cas :

Humeur exaltée ou expansive
Humeur irritable

? 1 2 3

A108

A109
A110

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

Cela vous est-il arrivé plusieurs fois de vous sentir comme cela ? (Quand avez-vous été le plus [EXALTÉ(E) OU IRRITABLE OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] ?)

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE
DES 6 DERNIERS MOIS DE
L'ÉPISODE ACTUEL

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

? 1 2 3

A111

(Vous sentiez-vous plus sûr(e) de vous qu'à l'accoutumée ?) (Étiez-vous doté(e) de pouvoirs ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude ?

(2) Réduction des besoins en matière de sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).

? 1 2 3

A112

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e) malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce que les autres avaient de la difficulté à vous arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils de la difficulté à placer un mot ?)

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou besoin de parler sans cesse.

? 1 2 3

A113

... vos pensées se bouscullaient-elles dans votre tête ?

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent très rapidement.

? 1 2 3

A114

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... éprouviez-vous de la difficulté à vous concentrer ? Constatiez-vous que n'importe quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?	(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention du sujet est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs insignifiants ou non pertinents.	?	1	2	3	A115
... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail, amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au point que vos amis ou votre famille en éprouvaient du souci ?)	(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.	?	1	2	3	A116
SIL SUJET N'A PAS FAIT PREUVE D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous agité(e) ? (À quel point ?)	Cocher selon le cas : Augmentation de l'activité Agitation psychomotrice					A117 A118
... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)	(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).	?	1	2	3	A119
AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".			1		3	A120

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

CRITÈRE C DE L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Étiez-vous très différent(e) de ce que vous êtes d'habitude (quand vous n'êtes pas déprimé(e)) ? [En quoi étiez-vous différent(e) ? Au travail ? Avec vos amis ?]	C. L'épisode se caractérise par un changement indéniable dans le comportement du sujet, lequel n'agit pas du tout comme d'habitude, c'est-à-dire lorsqu'il ne présente aucun symptôme.	?	1	2	3	A121
QUESTION À POSER AU BESOIN : A-t-on remarqué votre différence de comportement ? (Qu'a-t-on dit ?)	D. Les modifications de l'humeur et du comportement sont perçues par autrui.	?	1	2	3	A122

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

E. L'épisode n'est pas assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet et il est dénué de caractéristiques psychotiques.

? 1 2 3

A123

PEUT-ÊTRE Y AURAIT-IL LIEU DE MODIFIER LA COTE ATTRIBUÉE AU CRITÈRE C, PAGE A.20.

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

F. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A124

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'HYPOMANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

REMARQUE : TOUT ÉPISODE HYPOMANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P. EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE II.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.21.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

CONTINUER CI-DESSOUS

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE SONT COTÉS "3"

1 3

A125

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE HYPOMANIAQUE ACTUEL

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET PRÉSENTE UNE HUMEUR EXALTÉ(E) OU IRRITABLE SANS TOUTEFOIS SATISFAIRE À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS DE DÉPISTAGE FIGURANT CI-DESSOUS PAR : « Avez-vous déjà connu une autre période... ».

Avez-vous déjà connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ?

(Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Était-ce plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ? (Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)

À quand est-ce que cela remonte ?

(Comment vous sentiez-vous ?)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

Cela vous est-il arrivé plus d'une fois de vivre un tel épisode ? (Durant lequel de ces épisodes votre changement de comportement a-t-il été le plus prononcé ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu un tel épisode au cours des douze derniers mois ?

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :
Humeur exaltée ou expansive
Humeur irritable

? 1 2 3

A126

—
—

A127
A128

PASSER À LA
PAGE A.38
(DYSTHYMIE)

... durant au moins une semaine (ou de quelque durée que ce soit, si on a dû hospitaliser le sujet).

? 1 2 3

A129

PASSER À LA
PAGE A.33
(ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
PASSÉ)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE MANIAQUE DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI COMME ÉTANT LE PIRE. CEPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE DE
L'ÉPISODE EN QUESTION.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE),
quand avez-vous été le plus (TERME
UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU
PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(Vous sentiez-vous plus confiant(e), plus
sûr(e) de vous qu'à l'accoutumée ?)
(Étiez-vous doté(e) de pouvoirs
ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil
que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e)
malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce
que les autres avaient de la difficulté à vous
arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils
de la difficulté à placer un mot ?)

... vos pensées se bousculaient-elles dans
votre tête ?

... éprouviez-vous de la difficulté à vous
concentrer ? Constatiez-vous que n'importe
quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail,
amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au
point que vos amis ou votre famille en
éprouvaient du souci ?)

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE
D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous
agité(e) ? (À quel point ?)

8. Au cours de cette période de perturbation de
l'humeur, au moins trois des symptômes suivants
ont persisté (4, si l'humeur n'est qu'intable) et se
sont manifestés de façon marquée :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées
de grandeur.

(2) Réduction des besoins en matière de
sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après
seulement 3 heures de sommeil).

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou
besoin de parler sans cesse.

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives
que les pensées défilent très rapidement.

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention
du sujet est trop facilement attirée par des
stimuli extérieurs insignifiants ou non
pertinents.

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un
but (social, professionnel, scolaire ou sexuel)
ou agitation psychomotrice.

Cocher selon le cas :

Augmentation de l'activité
Agitation psychomotrice

? 1 2 3 A130

? 1 2 3 A131

? 1 2 3 A132

? 1 2 3 A133

? 1 2 3 A134

? 1 2 3 A135

A136
A137

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3

A138

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1

3

A139

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET AU SUJET DU PIRE ÉPISODE QU'IL A TRAVERSÉ.

⇒ SI NON : PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

C. L'épisode est assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet afin de prévenir tout risque pour lui ou pour sa famille, ou encore, comporte des caractéristiques psychotiques.

1

3

A140

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous vous êtes attiré des ennuis ou avez été hospitalisé(e) ?

DÉCRIRE :

⇒ SI OUI : ATTRIBUER UNE COTE DE "3" AU CRITÈRE C

⇒ SI NON : PASSER AU CRITÈRE C DE L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ, PAGE A.35.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

D. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA MANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

REMARQUE : TOUT ÉPISODE MANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P.EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.21.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ), mais où vous ne souffriez pas d'une maladie physique ou ne preniez pas de médicaments ni de drogues ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE MANIAQUE SONT COTÉS "3"

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE MANIAQUE) a commencé ?

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET RECONNAÎT AVOIR RESENTI) pendant un certain temps (ou avez dû être hospitalisé(e) ?

Âge de survenue de l'épisode maniaque passé coté ci-dessus :

Nombre d'épisodes maniaques, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

1	3	A142
<div>PASSER À LA PAGE A.38 (DYSTHYMIE)</div>		
<div>ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ</div>		
<div>— —</div>		A143
<div>— —</div>		A144
<div>PASSER AU MODULE SUIVANT</div>		

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

ÉPISODE HYPOMANIAQUE
PASSÉ

(La période pendant laquelle vous étiez
[EXALTÉ(E) OU IRRITABLE OU TERME
ÉQUIVALENT UTILISÉ] a-t-elle duré au
moins quatre jours) ?

Comment étiez-vous durant cette
période ?

Cela vous est-il arrivé plus d'une fois de
vivre un tel épisode ? (Durant lequel de
ces épisodes votre changement de
comportement a-t-il été le plus
prononcé ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous vécu un tel
épisode au cours des douze derniers
mois ?

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE DE
L'ÉPISODE EN QUESTION.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE),
quand avez-vous été le plus (TERME
UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU
PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-
même ?

(Vous sentiez-vous plus sûr(e) de
vous qu'à l'accoutumée ?) (Étiez-vous
doté(e) de pouvoirs ou de talents
particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de
sommeil que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e)
malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-
ce que les autres avaient de la difficulté à
vous arrêter ou à vous comprendre ?
Avaient-ils de la difficulté à placer un mot ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Une période nettement délimitée durant
laquelle le sujet a, de manière persistante, une
humeur exaltée, expansive ou irritable
contrastant avec son humeur habituelle (lorsqu'il
n'est pas déprimé); cette période dure au moins
quatre jours.

Cocher selon le cas

Humeur exaltée ou expansive

Humeur irritable

? 1 2 3

A145

A146

A147

PASSER À LA
PAGE A.38
(DYSTHYMIE)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS
D'UN ÉPISODE HYPOMANIAQUE DANS LE
PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A
RESSENTI COMME ÉTANT LE PIRE.
CEPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE
AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE,
L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE
S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

B. Au cours de cette période de perturbation de
l'humeur, au moins trois des symptômes suivants
ont persisté (4, si l'humeur n'était qu'irritable) et
se sont manifestés de façon marquée :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées
de grandeur.

? 1 2 3

A148

(2) Réduction des besoins en matière de
sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après
seulement 3 heures de sommeil).

? 1 2 3

A149

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou
besoin de parler sans cesse.

? 1 2 3

A150

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant cette période...

... vos pensées se bouscullaient-elles dans votre tête ?

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent très rapidement.

? 1 2 3

A151

... éprouviez-vous de la difficulté à vous concentrer ? Constatiez-vous que n'importe quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention du sujet est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs insignifiants ou non pertinents.

? 1 2 3

A152

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail, amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au point que vos amis ou votre famille en éprouvaient du souci ?)

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

? 1 2 3

A153

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous agité(e) ? (À quel point ?)

Cocher selon le cas :
Augmentation de l'activité _____
Agitation psychomotrice _____

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3

A154

REMARQUE : ÉTANT DONNÉ QU'IL EST DIFFICILE DE DISTINGUER ENTRE UN ÉPISODE NORMAL DE BONNE HUMEUR ET UN ÉPISODE HYPOMANIAQUE, PASSER EN REVUE TOUS LES SYMPTÔMES DES CRITÈRES A ET B QUI ONT ÉTÉ COTÉS "3" ET COTER DE NOUVEAU AU BESOIN.

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4. SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1

3

A155

CONTINUER
PAGE
SUIVANTE

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI RETOURNER À LA PAGE A.33 (ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE.

⇒ SI NON PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CRITÈRE C DE L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Étiez-vous très différent(e) de ce que vous êtes d'habitude ? [En quoi étiez-vous différent(e) ? Au travail ? Avec vos amis ?]

C. L'épisode se caractérise par un changement indéniable dans le comportement du sujet, lequel n'agit pas du tout comme d'habitude, c'est-à-dire lorsqu'il ne présente aucun symptôme.

? 1 2 3

A156

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous n'étiez vraiment pas comme d'habitude ?

DÉCRIRE :

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.33 (ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE.

⇒ SI NON : PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

QUESTION À POSER AU BESOIN :

A-t-on remarqué votre différence de comportement ? (Qu'a-t-on dit ?)

D. Les modifications de l'humeur et du comportement sont perçues par autrui.

? 1 2 3

A157

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où d'autres personnes ont remarqué la différence dans votre comportement ?

DÉCRIRE :

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.33 (ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE.

⇒ SI NON : PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

E. L'épisode n'est pas assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet et il est dénué de caractéristiques psychotiques.

? 1 3

A158

PEUT-ÊTRE Y AURAIT-IL LIEU DE MODIFIER LA COTE ATTRIBUÉE AU CRITÈRE C. PAGE A 30

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

	?	1	3	
Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?				A159
SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?				
Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?				
SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?				
Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?				
<p>F Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.</p>				
<p>S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'HYPOMANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3"</p>				
<p>ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.</p>				
<p>REMARQUE : TOUT ÉPISODE HYPOMANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P.EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOCs, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME ÉTANT UN TROUBLE THYMIQUE ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION, PAGE A.46, PLUTÔT QUE COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE II.</p>				
<p>CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.21.</p>				
<p>QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ), mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?</p>				
<p>⇒ SI OUI, RETOURNER À LA PAGE A.33 (ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET SUR CET AUTRE ÉPISODE.</p>				
<p>⇒ SI NON, PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.</p>				
<p>ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE</p>				
<p>CONTINUER</p>				

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE
L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE SONT COTÉS
"3"

1

3

A160

PASSER À LA
PAGE A.38
(DYSTHYMIE)

ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
PASSÉ

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE
HYPOMANIAQUE) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode hypomaniaque
passé coté ci-dessus :

A161

Combien de périodes comme celle-ci
avez-vous connues, où vous avez été
(EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT
UTILISÉ) et avez ressenti plusieurs
symptômes comme (NOMMER LES
SYMPTÔMES QUE LE SUJET
RECONNAÎT AVOIR RESENTI) pendant
un certain temps ?

Nombre d'épisodes hypomaniaques (INSCRIRE
99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR
ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT
DIFFICILES À DISTINGUER).

A162

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

**DYSTHYMIE
(ACTUELLE SEULEMENT)****CRITÈRES DIAGNOSTIQUES**

SI LE SUJET A DÉJÀ CONNU UN ÉPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIAQUE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DEPUIS DEUX ANS. Durant les deux dernières années, avez-vous eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

SI OUI : Comment vous sentiez-vous ?

A. Humeur dépressive (pouvant se traduire par une humeur intable chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), plus souvent qu'autrement ou un jour sur deux.

? 1 2 3

A163

PASSER AU
MODULE SUIVANT

⇒ SI LE SUJET VIT PRÉSENTEMENT UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : Revoyons maintenant à quand remontent la plupart des symptômes de (VOTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL). Durant les deux années qui ont précédé (DATE DU DÉBUT DE L'ÉPISODE ACTUEL), aviez-vous une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

DATE À PARTIR DE LAQUELLE LE SUJET A SATISFAIT AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

Mois et année : ____ / ____ Âge : ____

⇒ SI LE SUJET A VÉCU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES : Revoyons maintenant à quand remontent la plupart des symptômes de (VOTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ainsi que le moment où vous ne souffriez plus de la plupart de ces symptômes. Depuis (DATE OÙ LE SUJET A CESSÉ DE SATISFAIRE AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR), aviez-vous quand même eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ?

DATE À PARTIR DE LAQUELLE LE SUJET A SATISFAIT AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES :

Mois et année : ____ / ____ Âge : ____

DATE À LAQUELLE LE SUJET A CESSÉ DE SATISFAIRE AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES :

Mois et année : ____ / ____ Âge : ____

SI OUI : Durant les deux années qui ont précédé (DATE DU DÉBUT DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF PASSÉ), aviez-vous eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant ces périodes de (TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ POUR DÉSIGNER LA DÉPRESSION CHRONIQUE), vous arrive-t-il souvent...

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des critères suivants :

... de perdre l'appétit ? (ou alors de trop manger ?)

(1) perte de l'appétit ou hyperphagie

? 1 2 3

A164

... d'avoir de la difficulté à dormir ou encore de trop dormir ?

(2) insomnie ou hypersomnie

? 1 2 3

A165

... de manquer d'énergie ou de vous sentir souvent fatigué(e) ?

(3) baisse de l'énergie ou fatigue

? 1 2 3

A166

... de vous juger sévèrement ? [D'avoir le sentiment d'être un(e) propre à rien ou un(e) raté(e) ?]

(4) faible estime de soi

? 1 2 3

A167

... d'avoir de la difficulté à vous concentrer ou à prendre des décisions ?

(5) difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions

? 1 2 3

A168

... d'être désespéré(e) ?

(6) sentiment de désespoir

? 1 2 3

A169

AU MOINS DEUX DES SYMPTÔMES DU CRITÈRE "B" SONT COTÉS "3".

? 1 2 3

A170

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Durant cette période de dépression prolongée, combien de temps a duré le plus long épisode au cours duquel vous vous êtes senti(e) bien ? (OÙ VOUS N'AVEZ PAS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE DYSTHYMIE)

C. Au cours de la période de deux ans (d'un an dans le cas des enfants et des adolescents) les symptômes énumérés en "A" et en "B" n'ont jamais été absents pendant plus de deux mois consécutifs.

? 1 3

A171

REMARQUE : COTER "1" SI LE SUJET A EU UNE HUMEUR NORMALE PENDANT AU MOINS DEUX MOIS CONSÉCUTIFS.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis combien de temps vous sentez-vous ainsi ? (Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ?)

D. Le sujet n'a pas connu d'épisode dépressif majeur au cours des deux premières années du trouble (un an pour les enfants et les adolescents); autrement dit, on peut écarter un trouble dépressif majeur chronique ou la remission partielle d'un épisode dépressif majeur.

? 1 2 3

A172

PASSER AU
MODULE SUIVANT

COMPARER LES DATES DE SURVENUE DES SYMPTÔMES DE DYSTHYMIE ET DES ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS PASSÉS POUR VÉRIFIER S'IL Y A EU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DURANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA DYSTHYMIE.

Âge de survenue de la dysthymie actuelle (INSCRIRE 99 SI ON NE SAIT PAS)

A173

SI LA DYSTHYMIE A ÉTÉ PRÉCÉDÉE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : Maintenant j'aimerais savoir si vous vous étiez complètement rétabli(e) de l'ÉPISODE DE DÉPRESSION MAJEURE dont vous souffriez (DATE) avant que ne commence cette longue période d'humeur légèrement dépressive ? (Avez-vous été complètement rétabli(e) pendant au moins deux mois ?)

Remarque : Quand il y a eu un épisode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes et de symptômes significatifs depuis deux mois) avant l'apparition de la dysthymie. Par ailleurs, après les deux premières années de dysthymie (un an pour les enfants et les adolescents), des épisodes dépressifs majeurs peuvent se surajouter : dans ce cas, on peut porter les deux diagnostics.

REMARQUE : COTER "3" DANS LES CAS SUIVANTS : (1) SI LE SUJET N'A JAMAIS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR; (2) SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DANS LE PASSÉ, MAIS PAS DURANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA DYSTHYMIE; (3) SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, MAIS QU'IL N'A PRÉSENTÉ AUCUN SYMPTÔME PENDANT AU MOINS DEUX MOIS AVANT L'APPARITION DE LA DYSTHYMIE.

E. N'a jamais présenté d'épisode maniaque ni d'épisode hypomaniaque franc.

1 3

A174

PASSER AU
MODULE SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'INTERROGATOIRE TERMINÉ.

F Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble psychotique chronique tels une schizophrénie ou un trouble délirant.

? 1 3

A175

PASSER AU
MODULE SUIVANT

REMARQUE : COTER "3" SI LE SUJET NE SOUFFRE PAS D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE OU SI LA DYSTHYMIE N'EST PAS SURAJOUTÉE À UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE.

NON
SURAJOUTÉE À
UN AUTRE
TROUBLE -
CONTINUER

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

G. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A176

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A 44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3"

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS
OU À UNE
INTOX.
PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie) maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : À quel point vos symptômes dépressifs vous empêchent-ils de vivre une vie normale ?

H. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 3 A177

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA DYSTHYMIE SONT COTÉS "3"

1 3 A178

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

DYSTHYMIE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE THYMIQUE DÙ À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À UNE INTOXICATION

TROUBLE THYMIQUE DÙ À UNE MALADIE PHYSIQUE CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LES SYMPTÔMES NE SONT PAS ASSOCIÉS DANS LE TEMPS À UNE MALADIE PHYSIQUE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE A.46, TROUBLE THYMIQUE DÙ À UNE INTOXICATION.

A187

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION
RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

A. Un trouble de l'humeur important et persistant
se caractérisant par l'une ou l'autre des
manifestations suivantes ou les deux à la fois :

(1) Humeur dépressive ou diminution
marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes
ou presque toutes les activités;

? 1 2 3

A188

(2) Humeur exaltée, expansive ou irritable.

? 1 2 3

A189

Pensez-vous que vos (ÉNONCER LES
SYMPTÔMES DE TROUBLES
THYMIQUES ÉPROUVÉS PAR LE
SUJET) aient eu quelque lien que ce
soit avec (NOMMER LA MALADIE
CONCOMITANTE) ?

B. et C. L'anamnèse, l'examen physique et les
résultats d'analyses semblent démontrer que le
trouble est directement attribuable à une maladie
physique; d'autre part, on peut écarter les autres
troubles mentaux possibles (p.ex., trouble de
l'adaptation avec humeur dépressive) qui
pourraient être liés au stress découlant du fait
d'être atteint d'une maladie physique.

? 1 2 3

A190

SI OUI : Expliquez-moi en quoi.

Vos symptômes (ÉNONCER LES
SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE
SUJET) ont-ils commencé à se
manifester ou se sont-ils beaucoup
aggravés après le début de votre
maladie (NOMMER LA MALADIE
CONCOMITANTE) ?

LES FACTEURS SUIVANTS DOIVENT ÊTRE PRIS EN
CONSIDÉRATION ET AIDER À CONFIRMER QUE LES
SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE ÉPROUVÉS PAR LE
SUJET SONT DUS À LA MALADIE PHYSIQUE DONT IL
SOUFFRE :

1) LES OUVRAGES MÉDICAUX ONT DÉJÀ ÉTABLI
L'EXISTENCE D'UN LIEN ENTRE LES SYMPTÔMES DE
TROUBLE THYMIQUE ET LA MALADIE PHYSIQUE EN
QUESTION.

2) IL EXISTE UN LIEN TRÈS NET, DANS LE TEMPS, ENTRE
L'ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE ET
CELLE DE LA MALADIE PHYSIQUE DONT SOUFFRE LE
SUJET

3) LES SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE
PRÉSENTENT DES CARACTÉRISTIQUES INHABITUELLES (P.
EX., ÂGE DE SURVENUE AVANCÉ).

4) IL N'EXISTE PAS D'AUTRE EXPLICATION POSSIBLE DES
SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE (P. EX., RÉACTION
PSYCHIQUE À LA MALADIE).

PASSER À LA PAGE A 46
(INTOXICATION)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : À quel point vos symptômes (NOMMER LES SYMPTÔMES DE TROUBLES THYMIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) vous ont-ils empêché(e) de mener une vie normale ?

E. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

7 1 2 3

A191

PASSER À LA
PAGE A.46
(INTOXICATION)

D. La perturbation ne survient pas exclusivement durant le délire.

1

3

A192

DÉLIRE DÙ À
UNE MALADIE
PHYSIQUE

TROUBLE THYMIQUE DÙ
À UNE MALADIE
PHYSIQUE

Indiquer le type prédominant du trouble thymique :

1. De type dépressif (si le sujet ne répond pas à tous les critères d'un épisode dépressif majeur, mais si son humeur prédominante est dépressive)
2. Avec épisode évoquant un épisode dépressif majeur
3. De type maniaque
4. De type mixte

A193

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE THYMIQUE DÙ À UNE INTOXICATION CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LES SYMPTÔMES NE SONT PAS ASSOCIÉS DANS LE TEMPS À LA CONSOMMATION D'UN PSYCHOTROPE (Y COMPRIS DES DROGUES), COCHER CI-CONTRE ET RETOURNER À LA SECTION RELATIVE AU TROUBLE EN VOIE D'ÉVALUATION.

TROUBLE EN VOIE D'ÉVALUATION	
EDM actuel	A.4
EDM passé	A.16
Épisode maniaque actuel	A.21
Épisode hypomaniaque actuel	A.27
Épisode maniaque passé	A.31
Épisode hypomaniaque passé	A.36
Dysthymie	A.41
Épisode dépressif mineur	J.3
Trouble bipolaire NS	D.4
Trouble dépressif NS	D.8

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

A. Un trouble de l'humeur important et persistant se caractérisant par l'une ou l'autre des manifestations suivantes ou les deux à la fois :

(1) Humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités; ? 1 2 3 A194

(2) Humeur exaltée, expansive ou imitable. ? 1 2 3 A195

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quand avez-vous commencé à éprouver des (NOMMER LES SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ? Aviez-vous déjà commencé à consommer (NOMMER LE PSYCHOTROPE EN QUESTION) ou en aviez-vous diminué ou interrompu la consommation depuis peu ?

B. L'anamnèse, l'examen physique et les résultats d'analyses semblent démontrer soit (1) que les symptômes mentionnés en A sont apparus durant une intoxication ou moins d'un mois après l'arrêt de la consommation de la substance en cause, soit (2) que les symptômes sont liés à l'usage d'un médicament. ? 1 2 3 A196

NON ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION
RETOURNER À LA SECTION
RELATIVE AU TROUBLE EN
VOIE D'ÉVALUATION

Pensez-vous que vos (ÉNONCER LES SYMPTÔMES DE TROUBLES THYMIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) aient eu quelque lien que ce soit avec (NOMMER LE PSYCHOTROPE) ?

C. On peut écarter les autres causes possibles de trouble thymique n'ayant aucun lien avec la consommation de psychotropes. ? 1 2 3 A197

SI OUI Expliquez-moi en quoi.

On pourra établir que les symptômes du sujet sont attribuables à un trouble thymique autre que celui dû à une intoxication s'ils satisfont à un ou plusieurs des critères suivants :

POSER LES QUESTIONS SUIVANTES AU BESOIN, POUR ÉCARTER TOUTES LES AUTRES CAUSES POSSIBLES N'AYANT AUCUN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN

Quelle circonstance est survenue en premier ? Votre consommation de (NOMMER LE PSYCHOTROPE) ou vos symptômes (NOMMER LES SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE) ?

(1) Les symptômes de trouble thymique sont apparus avant l'intoxication ou la dépendance

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà cessé de consommer (NOMMER LE PSYCHOTROPE) pendant un certain temps ?

(2) Les symptômes de trouble thymique persistent pendant un bon moment (p.ex., un mois) après la fin d'une période de sevrage ou d'une grave intoxication.

SI OUI : Une fois que vous avez cessé de consommer (NOMMER LE PSYCHOTROPE), vos symptômes (LES NOMMER) se sont-ils atténués ou ont-ils continué à se manifester ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Quelle quantité de (NOMMER LE PSYCHOTROPE) consommiez-vous lorsque vous avez commencé à éprouver des symptômes de (LES NOMMER) ?

(3) Les symptômes de trouble thymique sont beaucoup plus prononcés que ce à quoi on pourrait s'attendre compte tenu de la nature ou de la quantité de substance consommée ou de la durée de l'intoxication.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il déjà eu d'autres épisodes pendant lesquels vous avez éprouvé des symptômes de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE) ?

(4) Il semble exister un trouble thymique distinct, qui ne soit pas attribuable à la consommation d'un psychotrope (p.ex., des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs récurrents qui ne sont liés à la consommation d'aucun psychotrope).

SI OUI Combien ? Consommiez-vous (NOMMER LE PSYCHOTROPE) à cette époque ?

NON ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION
RETOURNER À LA SECTION
RELATIVE AU TROUBLE EN VOIE
D'ÉVALUATION

QUESTION À POSER AU BESOIN : À quel point vos symptômes (NOMMER LES SYMPTÔMES DE TROUBLE THYMIQUE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) vous ont-ils empêché(e) de mener une vie normale ?

E. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3

A198

RETOURNER À LA SECTION
RELATIVE AU TROUBLE EN VOIE
D'ÉVALUATION

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

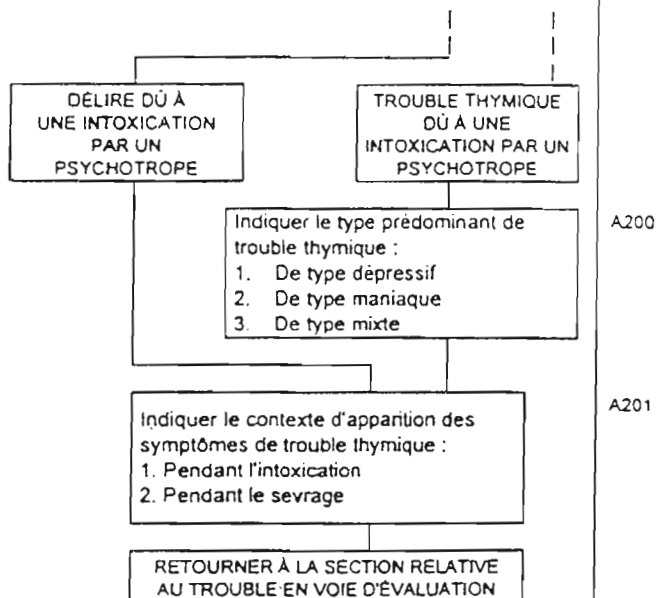
3 = VRAI ou
présence du symptôme

D. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement durant l'évolution du délire.

1

3

A 199



? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
presence du symptôme

SYMPTÔMES DE PSYCHOSE ET AUTRES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

LE PRÉSENT MODULE SERT À ÉVALUER LES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE QU'AURAIT PU ÉPROUVER LE SUJET À UN MOMENT OU À UN AUTRE AU COURS DE SA VIE, AINSI QUE LES AUTRES SYMPTÔMES QUI S'Y ASSOCIENT.

DÉCRIRE LE CONTENU RÉEL DE CHAQUE SYMPTÔME DE PSYCHOSE COTÉ "3" ET INDIQUER LA DURÉE DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE IL A ÉTÉ PRÉSENT

IDÉES DÉLIRANTES

Je vais maintenant vous interroger sur des expériences inhabituelles que vivent parfois certaines personnes.

IDÉES DÉLIRANTES

Croyance personnelle erronée, fondée sur une déduction incorrecte de la réalité et fermement maintenue en dépit de la croyance quasi-générale et de toute preuve évidente et irréfutable du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance acceptée normalement par les autres membres du même groupe culturel que le sujet ou d'un sous-groupe de la même culture. Coter "2" les idées auxquelles le sujet accorde une valeur exagérée (croyances insensées auxquelles le sujet croit, mais avec moins d'intensité que dans le cas des idées délirantes).

Délire de référence

Vous a-t-il déjà semblé que les autres parlaient de vous ou vous accordaient une attention particulière ?

Interprétation délirante, c'est-à-dire que le sujet a la conviction que les événements ou encore que les personnes ou les choses qui l'entourent ont une signification particulière ou inhabituelle.

? 1 2 3

B1

SI OUI : Aviez-vous la conviction qu'ils parlaient de vous ou avez-vous pensé que c'était peut-être votre imagination ?

DÉCRIRE :

Vous a-t-il semblé recevoir des messages particuliers par l'intermédiaire de la télévision, de la radio, des journaux ou d'après la façon dont les objets étaient disposés autour de vous ?

Délire de persécution

Vous a-t-il semblé que les gens faisaient exprès pour vous créer des ennuis ou qu'ils essayaient de vous faire du mal ?

Idee de persécution, c'est-à-dire que le sujet croit que lui-même, ou le groupe auquel il appartient, est l'objet d'attaques, de harcèlement, de malversations, de persécutions ou de conspirations.

? 1 2 3

B2

DÉCRIRE :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

189

Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez particulièrement important(e) d'une certaine façon ou que vous déteniez des pouvoirs spéciaux qui vous permettaient de faire des choses que les autres ne pouvaient faire ?

Délire de grandeur

Idée délirante de type mégalomaniacale, c'est-à-dire dont le thème prédominant est une idée exagérée de son pouvoir, de ses connaissances, ou de son importance ou la conviction d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre.

? 1 2 3

B3

DÉCRIRE

Avez-vous déjà eu l'impression que vous n'alliez pas bien du tout, par exemple, que vous aviez le cancer ou quelque autre maladie grave, même si votre médecin vous assurait du contraire ?

Délire somatique

Idée délirante de type somatique, c'est-à-dire dont le thème prédominant porte sur des défauts ou des modifications de l'apparence ou du fonctionnement de certaines parties du corps.

? 1 2 3

B4

DÉCRIRE :

Avez-vous déjà eu la conviction qu'il y avait quelque chose qui clochait vraiment concernant votre apparence ?

(Avez-vous déjà eu l'impression qu'il se produisait quelque chose de bizarre dans certaines parties de votre corps ?)

(Avez-vous déjà eu des expériences inhabituelles sur le plan religieux ?)

Autres idées délirantes

? 1 2 3

B5

Cocher selon le cas :

À thème religieux

De culpabilité

À type de jalousie

De type érotomaniacale

—

—

—

B6

B7

B8

B9

(Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez commis une faute grave ou que vous aviez fait quelque chose de terrible et que vous méritiez d'être puni(e) ?)

DÉCRIRE :

SI LE SUJET N'A JAMAIS EU D'IDÉES DÉLIRANTES ET QU'IL N'Y A PAS LIEU DE SOUPÇONNER LA PRÉSENCE D'ASPECTS PSYCHOTIQUES, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE B.4, HALLUCINATIONS AUDITIVES

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou qu'une force extérieure contrôlait vos pensées ou vos actes malgré vous ?	<u>Délire de contrôle</u>	Idées d'influence, c'est-à-dire croyance que ses sentiments, ses impulsions, ses pensées ou ses actions sont sous l'emprise d'une force extérieure.	? 1 2 3	B11
(Avez-vous déjà eu l'impression que certaines pensées qui n'étaient pas à vous avaient été dans votre tête ?)	Cocher selon le cas :	Pensées imposées Vol de la pensée	— —	B12 B13
(Avez-vous déjà eu, au contraire, l'impression que certaines pensées avaient été ôtées de votre tête ?)	DÉCRIRE :			
Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient diffusées directement de votre tête vers le monde extérieur, de telle sorte que les autres pouvaient les entendre ?	<u>Transmission de pensée</u>	Divulcation de la pensée, c'est-à-dire croyance que ses pensées peuvent être entendues par autrui.	? 1 2 3	B14
Avez-vous déjà cru que quelqu'un pouvait lire dans vos pensées ?	DÉCRIRE :			
Comment expliquez-vous (CONTENU DE L'IDÉE DÉLIRANTE) ?	<u>Délires bizarres</u>	Idées délirantes bizarres, c'est-à-dire comportant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable dans le sous-groupe culturel du sujet (p.ex., que le cerveau du sujet a été remplacé par celui d'une autre personne).	? 1 2 3	B15
	DÉCRIRE :			

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

HALLUCINATIONS AUDITIVES

Hallucinations (psychotiques)
Perception sensorielle ressemblant à s'y
méprendre à celle d'un événement réel, mais ne
passant pas par une stimulation extérieure de
l'organe sensoriel concerné. (COTER "2" LES
HALLUCINATIONS SI PASSAGÈRES
QU'ELLES N'ONT PAS DE SIGNIFICATION
SUR LE PLAN CLINIQUE.)

Avez-vous déjà entendu des choses que
les autres ne pouvaient pas entendre,
comme des bruits ou la voix de personnes
en train de parler ou de chuchoter ?
(Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela
s'est produit ?)

Hallucinations auditives survenant lorsque le
sujet est complètement éveillé, qu'il entend dans
sa tête ou qui semblent provenir de l'extérieur.

? 1 2 3

B16

DÉCRIRE :

SI OUI : Qu'avez-vous entendu ?
Cela vous est-il arrivé souvent ? À
quelle fréquence ?

PASSER AUX
HALLUCINATIONS
VISUELLES
CI-DESSOUS

SI LE SUJET A ENTENDU DES
VOIX : Ces voix passaient-elles des
commentaires sur ce que vous faisiez
ou ce que vous pensiez ?

Une voix commentant en permanence les actes
ou les pensées du sujet à mesure que ceux-ci se
déroulent.

? 1 2 3

B17

Combien de voix avez-vous
entendues ? Se parlaient-elles ?

Deux ou plusieurs voix conversant entre elles.

? 1 2 3

B18

HALLUCINATIONS VISUELLES

Avez-vous déjà eu des visions ou avez-
vous déjà vu des choses que les autres
ne pouvaient pas voir ? (Étiez-vous
éveillé(e) au moment où cela s'est
produit ?)

Hallucinations visuelles.

? 1 2 3

B19

DÉCRIRE :

REMARQUE : BIEN FAIRE LA
DISTINCTION ENTRE HALLUCINATION
VISUELLE ET ILLUSION, CETTE
DERNIÈRE ÉTANT UNE PERCEPTION
ERRONÉE D'UN STIMULUS VISUEL
RÉEL.

Vous est-il arrivé d'éprouver des
sensations étranges en certaines parties
de votre corps ou à la surface de votre
peau ?

Hallucinations tactiles, p.ex., chocs électriques.

? 1 2 3

B20

DÉCRIRE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(Vous est-il arrivé de sentir ou de goûter des choses que les autres ne pouvaient sentir ou goûter ?)

Autres types d'hallucinations, p.ex., olfactives ou gustatives.

? 1 2 3

B21

Cocher selon le cas :

Hallucinations gustatives

Hallucinations olfactives

B22

B23

DÉCRIRE :

AUTRES SYMPTÔMES

SI L'INTERROGATOIRE NE PERMET PAS DE DÉDUIRE QUE LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE D.

(Permettez-moi de faire une pause, le temps de prendre des notes...)

POUR COTER LES ITEMS SUIVANTS, S'APPUYER SUR L'OBSERVATION DU SUJET ET SUR LES ANTÉCÉDENTS DE CELUI-CI (CONSULTER SES DOSSIERS MÉDICAUX PRÉCÉDENTS ET INTERROGER D'AUTRES OBSERVATEURS (MEMBRES DE SA FAMILLE, PERSONNEL SOIGNANT)).

Catatonie :

Immobilité motrice (c'est-à-dire catalepsie ou stupeur).

? 1 2 3

B24

Activité motrice exagérée (c'est-à-dire agitation apparemment inutile et non influencée par des stimulations extérieures).

? 1 2 3

B25

Négativisme extrême (c'est-à-dire résistance apparemment immotivée à tout ordre ou à toute tentative de faire bouger le sujet) ou mutisme.

? 1 2 3

B26

Adoption de poses ou de mouvements stéréotypés.

? 1 2 3

B27

Écholalie ou échokinésie.

? 1 2 3

B28

DÉCRIRE :

Comportement visiblement désorganisé, pouvant se manifester tant par une insouciance puérile que par une agitation imprévisible. Le sujet aura une tenue débraillée et singulière (p.ex., portera plusieurs manteaux, une écharpe et des gants par temps chaud), aura un comportement sexuel déplacé (p.ex., se masturbera en public) ou fera preuve d'une agitation imprévisible (p.ex., crèvera ou blasphèmera) sans aucune provocation de la part d'autrui.

? 1 2 3

B29

DÉCRIRE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

© 1997 American Psychiatric Association

<p><u>Affect visiblement inapproprié</u> : discordance nette entre l'affect et le contenu du discours ou des idées, p.ex., le sujet sourira en parlant de la persécution dont il est victime.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>830</p>
---	-------------------------	------------

DÉCRIRE :

<p><u>Discours désorganisé</u> : souvent décousu (relâchement des associations) ou incohérent. Le discours est décousu lorsque les idées dévient, que le sujet passe d'une idée à une autre n'ayant aucun rapport — ou qu'un rapport lointain — avec la précédente. Le sujet peut passer sans transition d'un cadre de référence à un autre, au gré de sa fantaisie et juxtaposer des idées qui n'ont pas de lien entre elles. Par ailleurs, le discours est incohérent lorsqu'il est absolument incompréhensible, qu'il est constitué de mots ou de phrases assemblées au hasard, sans aucun lien logique ni sémantique.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>831</p>
---	-------------------------	------------

DÉCRIRE :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

837

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE

SI LE SUJET A DES IDÉES DÉLIRANTES OU DES HALLUCINATIONS, EN NOTER LE TYPE, L'ÉVOLUTION, LES DATES DE SURVENUE ET DE DISPARITION ET INDiquer SI ELLES ONT ÉTÉ PRÉSENTES AU COURS DES TRENTÉ DERNIERS JOURS (P.EX., TYPE DE SYMPTÔME : IDÉES DÉLIRANTES ET BIZARRES OÙ LE SUJET CROIT ÊTRE SOUS L'EMPRISE D'EXTRA-TERRESTRES; ÉVOLUTION : SE MANIFESTANT PAR INTERMITTENCE; DATE D'APPARITION : 1969; DATE DE DISPARITION : JUIN 1993).

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand (NOMMER LE SYMPTÔME) est-il apparu ? SI LE SYMPTÔME EST ABSENT PRÉSENTEMENT : Quand le symptôme s'est-il manifesté pour la dernière fois ?

TYPE DE SYMPTÔME	ÉVOLUTION	DATE DE SURVENUE	DATE DE DISPARITION	COCHER SI LE SYMPTÔME S'EST MANIFESTÉ AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS
_____	_____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	____/____/____	_____

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

D. TROUBLES THYMIQUES

SI LE SUJET N'A JAMAIS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE TROUBLES THYMIQUES NOTABLES SUR LE PLAN CLINIQUE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

TROUBLE BIPOLAIRE I

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A97 (PAGE A.20) ET A140 (PAGE A.30)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le sujet a déjà connu au moins un épisode maniaque ou un épisode mixte.

Remarque : On définit l'épisode mixte comme étant un épisode durant lequel le sujet satisfait aux critères de l'épisode maniaque et de l'épisode dépressif majeur (sauf en ce qui concerne la durée) pendant au moins une semaine.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

Au moins un de ces épisodes maniaque ou mixte n'est pas directement attribuable à une maladie physique ou à une intoxication.

Remarque : On ne devrait pas tenir compte des épisodes évoquant un épisode maniaque, mais manifestement causés par un traitement antidépresseur physique ou chimique (médicament, électrochocs, photothérapie) pour diagnostiquer le trouble bipolaire I.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme explication possible d'au moins un épisode maniaque ou mixte, et celui-ci ne se surajoute ni à la schizophrénie, ni à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble délirant, ni à un trouble psychotique NS.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

TROUBLE
BIPOLAIRE I

Indiquer le type de trouble de l'épisode actuel (ou du plus récent) :

1. Maniaque
2. Mixte
3. Hypomaniaque
4. Dépressif majeur
5. Non spécifié (c'est-à-dire répondant aux critères de l'épisode maniaque ou hypomaniaque ou de l'épisode dépressif majeur, sauf en ce qui concerne la durée)

PASSER À LA PAGE D.11, CHRONOLOGIE

D1

D2

D3

D4

D5

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE BIPOLAIRE II

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A123 (PAGE A.27) ET A158 (PAGE A.35)Au moins un épisode hypomaniaque n'est pas
directement attribuable à une maladie physique
ou à une intoxication.Remarque : On NE DEVRAIT PAS tenir compte
des épisodes évoquant un épisode
hypomaniaque, mais manifestement causés par
un traitement antidépresseur physique ou
chimique (médicament, électrochocs,
photothérapie) pour diagnostiquer le trouble
bipolaire II.PASSER À LA
PAGE D.5
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESCODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A27 (PAGE A.5) ET A77 (PAGE A.16)Au moins un épisode dépressif majeur n'est pas
directement attribuable à une maladie physique
ou à une intoxication.PASSER À LA
PAGE D.5
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESLe sujet n'a jamais connu d'épisode maniaque ni
mixte.REMARQUE : COTER "3" SI LE SUJET N'A
JAMAIS CONNU D'ÉPISODE MANIAQUE.PASSER À LA
PAGE D.5
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESJAMAIS
D'ÉPISODE
MANIAQUEOn peut écarter le trouble schizo-affectif comme
cause possible des symptômes thymiques et
ceux-ci ne se surajoutent ni à la schizophrénie, ni
à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble
délirant, ni à un trouble psychotique non spécifié.PASSER À LA
PAGE D.5
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRESTROUBLE
BIPOLAIRE II

Indiquer le type de l'épisode actuel (ou du plus récent) :

1. Hypomaniaque
2. Dépressif majeur

PASSER À D.11 CHRONOLOGIE

? = information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
infraliminaire3 = VRAI ou
présence du symptôme

AUTRES TROUBLES BIPOLAIRES

Épisodes maniaques ou hypomaniaques
significatifs sur le plan clinique.

1

3

D17

PASSER À LA PAGE D 7
DÉPRESSION MAJEURE

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Quelque temps avant la survenue des
symptômes, aviez-vous souffert d'une
maladie physique ?

C. Les symptômes ne sont pas directement
attribuables aux effets physiologiques d'une
substance (p.ex., d'une drogue ou d'un
médicament) ni à une maladie physique.

?

1

3

D18

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Quelque temps avant la survenue des
symptômes, preniez-vous des
médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement
dans la dose que vous preniez ?

S'IL EXISTE UN LIEN POSSIBLE ENTRE
LES SYMPTÔMES MANIAQUES OU
HYPOMANIAQUES ET UNE MALADIE
PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION,
PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU
INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE
SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE
DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Quelque temps avant la survenue des
symptômes, preniez-vous de l'alcool ou
de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies
neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de
Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire
cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex.,
carence en vitamine B₁₂) ou du système
endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies
auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux
disséminé), infections, virales ou autres (p.ex.,
hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et
certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par
l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les
hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés,
la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques,
les anxiolytiques et autres substances connues
ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SUITE DE LA
PAGE
PRÉCÉDENTE

AUTRES TROUBLES BIPOLAIRES

En indiquer le type :

1. Cyclothymie (le sujet doit répondre aux trois critères suivants) :
 - A. Depuis au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), présence de nombreux épisodes hypomaniaques et de nombreuses périodes d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt ou de plaisir ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.
 - B. Au cours de la même période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), le sujet n'a pas eu de période normothymique (c'est-à-dire dénuée de symptômes hypomaniaques ou dépressifs décrits en A) persistant plus de deux mois.
 - C. Absence d'épisode dépressif majeur ou maniaque franc durant les deux premières années du trouble.
2. Épisodes hypomaniaques intermittents (trouble bipolaire NS).
3. Épisode maniaque ou mixte surajouté à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un trouble psychotique NS (bipolaire NS).
4. Autre trouble bipolaire NS : _____

SI LE TROUBLE A ÉTÉ PRÉSENT AU COURS DES 6 DERNIERS
MOIS, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU
MODULE SUIVANT _____

D19

D20

? = information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
infraliminaire3 = VRAI ou
présence du symptôme

1. UNIVERSITÉ MONTELIORD-0000

DÉPRESSION MAJEURE

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A27 (PAGE A.5) ET A77 (PAGE A.16)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Au moins un épisode de dépression majeure qui
n'est pas directement attribuable à une maladie
physique ou à une intoxication.

1

3

D21

PASSER À LA
PAGE D.9 TROUBLE
DÉPRESSIF NS

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme
explication possible d'au moins un épisode de
dépression majeure, et celui-ci ne se surajoute ni
à la schizophrénie, ni à un trouble
schizophréniforme, ni à un trouble délirant, ni à
un trouble psychotique NS.

1

3

D22

PASSER À LA
PAGE D.9 TROUBLE
DÉPRESSIF NS

Le sujet n'a jamais connu d'épisode maniaque, ni
mixte, ni d'épisode hypomaniaque franc.

1

3

D23

PASSER AU
MODULE SUIVANT

DÉPRESSION
MAJEURE

En indiquer le type :

1. Épisode isolé
2. Dépression majeure récidivante (c'est-à-dire pour que les épisodes soient considérés comme distincts, ils doivent être séparés par un intervalle d'au moins deux mois pendant lesquels le sujet ne répond pas aux critères d'un épisode de dépression majeure).

D24

ALLER À CHRONOLOGIE D.11

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

E:\MATERIEL\SCID-I\SCID-I.DOC

TROUBLE DÉPRESSIF NON SPÉCIFIÉ

Présence de symptômes dépressifs, significatifs sur le plan clinique, mais ne répondant ni aux critères d'un trouble dépressif spécifique, ni à ceux d'un trouble de l'adaptation.

1

3

D30

PASSER AU
MODULE SUIVANT

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quelque temps avant la survenue des symptômes, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quelque temps avant la survenue des symptômes, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

?

1

3

D31

S'IL EXISTE UN LIEN POSSIBLE ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER AU
MODULE
SUIVANT

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quelque temps avant la survenue des symptômes, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SUIVE DE LA
PAGE
PRÉCÉDENTE

TROUBLE DÉPRESSIF NON SPÉCIFIÉ (NS)

D32

En indiquer le type :

1. Trouble dépressif postpsychotique de la schizophrénie : un épisode dépressif majeur survenant durant la phase résiduelle de la schizophrénie.
2. Épisode dépressif majeur surajouté à un trouble délirant, à un trouble psychotique NS ou à la phase active de la schizophrénie.
3. Trouble dysphorique de la phase lutéale tardive : survenue, au cours de la plupart des cycles menstruels de l'année précédente, de symptômes (p.ex., humeur dépressive ou anxiété importantes, labilité émotionnelle marquée, diminution d'intérêt pour les occupations habituelles) pendant la dernière semaine de la phase lutéale (et disparition des mêmes symptômes quelques jours après le début des règles). Ces symptômes doivent être suffisamment prononcés pour perturber le travail, les activités scolaires ou les autres activités habituelles du sujet et être complètement absents pendant au moins une semaine après les règles. Remarque : le caractère cyclique des symptômes doit être confirmé par une auto-évaluation prospective pendant au moins deux cycles consécutifs.
4. Trouble dépressif mineur : épisodes de symptômes dépressifs d'une durée de deux semaines, mais comportant moins de cinq items, donc ne répondant pas aux critères du trouble dépressif majeur. Remarque : le trouble dépressif mineur est diagnostiqué dans le module J, à la page J.3. (VOIR FIN DU SCID)
5. Trouble dépressif à épisodes récidivants de courte durée : épisodes dépressifs pouvant durer de deux jours à deux semaines, survenant au moins une fois par mois pendant douze mois (non associés au cycle menstruel).
6. Autre : _____

SI LE TROUBLE A ÉTÉ PRÉSENT AU COURS DES 6 DERNIERS
MOIS, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU
MODULE SUIVANT

D33

? = information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
infraliminaire3 = VRAI ou
présence du symptôme

A. JASTAK/PROSCIO.DOC

CHRONOLOGIE DU TROUBLE THYMIQUE

DANS LE DOUTE : Depuis un mois, avez-vous éprouvé (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS OU MANIAQUES COTÉS "3")?	Le sujet a répondu aux critères d'un épisode maniaque, mixte ou dépressif majeur, au cours des 6 derniers mois.	?	1	3	D34
---	---	---	---	---	-----

À quand remonte votre dernier épisode (D'HUMEUR DÉPRESSIVE, EUPHORIQUE OU IRRITABLE) (c'est-à-dire l'épisode le plus récent) ?	Nombre de mois écoulés depuis le dernier épisode d'humeur continuellement dépressive, euphorique ou irritable	— — —	D35
--	---	-------	-----

CLASSIFICATION DE LA RÉMISSION COMPLÈTE OU PARTIELLE ACTUELLE :

⇒ S'IL S'AGIT D'UN TROUBLE BIPOLAIRE :

- 6 Rémission partielle : Le sujet présente encore certains symptômes de trouble maniaque sans toutefois répondre à tous les critères ou ne présente plus aucun symptôme notable depuis moins de deux mois après la fin de l'épisode maniaque.
- 7 Rémission complète : Le sujet ne présente aucun signe ni symptôme notables depuis six mois.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF) ou (SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE) ?

Âge de survenue du premier épisode maniaque, mixte, hypomaniaque ou dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — —

PASSER AU
MODULE SUIVANT

⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DÉPRESSION MAJEURE :

- 6 Rémission partielle : Le sujet présente encore certains symptômes de dépression majeure sans toutefois répondre à tous les critères ou ne présente plus aucun symptôme notable depuis moins de deux mois. (Si l'épisode dépressif majeur était surajouté à un trouble dysthymique, on doit poser un diagnostic de trouble dysthymique une fois que le sujet ne répond plus à tous les critères nécessaires pour poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur).
- 7 Rémission complète : Le sujet ne présente aucun signe ni symptôme notables depuis deux mois.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ?

Âge de survenue du premier épisode dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — —

PASSER AU
MODULE SUIVANT

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CLASSIFICATION DE L'ÉPISODE ACTUEL (LA PIRE SEMAINE DES SIX DERNIERS MOIS :
(Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour évaluer l'incapacité fonctionnelle.)

⇒ SI L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT EST UN ÉPISODE MANIAQUE :

D39

- 1 Léger : Le sujet répond au nombre minimum de critères requis pour un diagnostic d'épisode maniaque.
- 2 Moyen : Augmentation extrême de l'activité ou altération du jugement.
- 3 Sévère sans caractéristiques psychotiques : Le sujet requiert une surveillance presque continuelle pour lui éviter de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.
- 4 Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu correspond tout à fait aux thèmes maniaques typiques de surestimation de soi, de puissance, de savoir, d'identité ou de relation particulière avec une divinité ou un personnage illustre.
- 5 Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu ne correspond pas aux thèmes maniaques typiques de surestimation de soi, de puissance, de savoir, d'identité ou de relation particulière avec une divinité ou un personnage illustre. Il peut s'agir de symptômes comme des idées délirantes de persécution (n'ayant aucun lien direct avec des idées ou des thèmes mégalomaniacales) ou d'imposition de la pensée ou d'un syndrome d'influence.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ou (SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE) ?

Âge de survenue du premier épisode maniaque, mixte, hypomaniaque ou dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

D40

PASSER AU MODULE
SUIVANT

⇒ SI L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT EST UN ÉPISODE MIXTE :

D41

- 1 Léger : Le sujet répond au minimum des critères requis pour le diagnostic tant d'un épisode maniaque que d'un épisode dépressif majeur.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère sans caractéristiques psychotiques : Le sujet requiert une surveillance presque continuelle pour lui éviter de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.
- 4 Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu correspond tout à fait aux thèmes maniaques ou dépressifs typiques.
- 5 Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu ne correspond pas aux thèmes maniaques ou dépressifs typiques. Il peut s'agir de symptômes comme des idées délirantes de persécution (n'ayant aucun lien direct avec des idées ou des thèmes mégalomaniacales ni dépressifs), d'imposition de la pensée ou d'un syndrome d'influence.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ou (SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE) ?

Âge de survenue du premier épisode maniaque, mixte, hypomaniaque ou dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

D42

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE)

⇒ SI L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT EST UN ÉPISODE DÉPRESSIF.

D43

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic, lesquels ne sont guère invalidants sur les plans professionnel ou social ou dans les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère sans caractéristiques psychotiques : Il existe plusieurs symptômes en plus de ceux requis pour poser le diagnostic ET ceux-ci ont des effets négatifs notables sur les plans professionnel ou social ou dans les relations du sujet avec autrui.
- 4 Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu correspond tout à fait aux thèmes dépressifs typiques d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée.
- 5 Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu ne correspond pas aux thèmes dépressifs typiques d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée. Il peut s'agir de symptômes comme des idées délirantes de persécution (n'ayant aucun lien direct avec des idées ou des thèmes dépressifs), d'imposition ou de divulgation de la pensée ou d'un syndrome d'influence.

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quel âge aviez-vous quand vous avez
commencé à (SYMPTÔMES
D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ?

Âge de survenue du premier épisode dépressif
majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS,
INSCRIRE 99)

D44

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE

TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL
(PASSÉ OU PRÉSENT)

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été la plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET ET INDiquer À QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buviez-vous ? _____

que buviez-vous ? En quelle quantité ? _____

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE E.4, DÉPENDANCE À L'ALCOOL.

E1

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

ABUS D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Permettez-moi de vous poser quelques questions additionnelles sur vos habitudes de consommation de boissons (Préciser période problématique)

Au cours de cette période...

Vous est-il arrivé d'être intoxiqué(e) ou éméché(e) ou encore d'avoir vraiment la gueule de bois à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou éméché(e) ou que vous aviez vraiment la gueule de bois ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES :

À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?

(À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Vous est-il déjà arrivé de boire à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire en état d'ébriété ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Avez-vous eu des ennuis avec la justice après vous être enivré(e) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous buviez, p.ex., avec des membres de votre famille, des amis ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales au sujet de vos habitudes de consommation ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à boire ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants, durant une période de 12 mois :

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| (1) consommation d'alcool répétée rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'alcool; absences, suspensions ou expulsions de l'école, liées à la consommation d'alcool; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage). | ? | 1 | 2 | 3 | E2 |
| (2) consommation d'alcool répétée dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine) | ? | 1 | 2 | 3 | E3 |
| (3) démêlés répétés avec la justice, liées à la consommation d'alcool (p.ex., arrestations pour ivresse et inconduite). | ? | 1 | 2 | 3 | E4 |
| (4) poursuite de la consommation d'alcool malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par l'alcool (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique). | ? | 1 | 2 | 3 | E5 |

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

E6

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE
PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT
LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4,
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.

(Préciser période problématique)

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éclipses ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV

(3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus. ? 1 2 3 E7

(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maltriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens. ? 1 2 3 E8

(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets. ? 1 2 3 E9

(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool. ? 1 2 3 E10

(7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool). ? 1 2 3 E11

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

© 1997 American Psychiatric Association

Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...

... de la transpiration ou des palpitations ?

... un tremblement des mains ?

... des troubles du sommeil ?

... des nausées ou des vomissements ?

... de l'agitation ?

... de l'anxiété ?

(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)

SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :

(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;

(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :

(a) au moins DEUX des critères suivants :

- hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100)
- augmentation du tremblement des mains
- insomnie
- nausées ou vomissements
- agitation
- anxiété
- crises d'épilepsie (grand mal)
- illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires

(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.4 ET E.5) ? (Toutes ces manifestations se sont-elles produites à peu près durant la même période?)

AU MOINS TROIS DES ITEMS DE "A" (SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE, PAGES E.4 ET E.5) SONT COTÉS "3" ET SONT SURVENUS PENDANT UNE MÊME PÉRIODE DE 12 MOIS.

1 3

E15

DÉPENDANCE
À L'ALCOOL

Préciser :

- 1 - Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- 2 - Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

E16

PASSER À LA PAGE E.7, CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL (PAGES E.1 À E.3) N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ POSÉES, PASSER À LA PAGE E.1 AFIN DE VÉRIFIER S'IL Y A ABUS D'ALCOOL.

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL ONT ÉTÉ POSÉES ET ONT PERMIS DE DIAGNOSTIQUER UN ABUS D'ALCOOL, COTER "3", CI-CONTRE; EN REVANCHE, SI ELLES N'ONT PAS PERMIS DE DIAGNOSTIQUER D'ABUS D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

1 3

E17

PASSER À LA PAGE E.9,
TROUBLES LIÉS À
L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE
L'ALCOOL.

ABUS
D'ALCOOL

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— —

E18

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des 6 derniers mois ?

Le sujet a répondu aux critères de l'abus d'alcool au cours des 6 derniers mois.

? 1 3

E19

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?

(Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

ABUS PASSÉ

ABUS
PRÉSENT

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS
À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE OU D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

E20

DANS LE DOUTE, Avez-vous eu quoi que ce soit, au cours des 6 derniers mois ?

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance à l'alcool au cours des 6 derniers mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

E21

SI OUI, Pourriez-vous préciser ? (Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

PASSER À LA
PAGE E.8
(TYPES DE
RÉMISSION)

DÉPENDANCE
PRÉSENTE

DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS. (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets de la consommation d'alcool sur la vie sociale et professionnelle du sujet.)

E22

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui (ou le sujet a répondu aux critères de la dépendance dans le passé et éprouve certaines difficultés à l'heure actuelle).
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL (DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :

Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou d'un médicament

⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ?

(Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)

(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus de 10 fois en l'espace d'un mois.

⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT: Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?

(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un médicament OU en a utilisé en quantité supérieure aux doses recommandées.

À LA PAGE E.10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,

⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.

⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.

⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE EN (B) EST VRAIE.

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinique

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Stéroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE". (Préciser période problématique)

INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.

INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)

Au cours de cette période...

Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques :
Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium,
barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane,
Halcion, Restonil ou autre : _____

? 1 2 3

E27

Cannabis : marijuana, haschisch, THC ou
autre : _____

? 1 2 3

E28

Stimulants : amphétamines, "speed",
méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine,
Ritalin, "ice" ou autre : _____

? 1 2 3

E29

Opiacés : héroïne, morphine, opium,
méthadone, Darvon, codéine, Percodan,
Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E30

Cocaïne : intranasale, I.V., "freebase",
"crack", "speedball" ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E31

Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline,
peyotl, psilocybine, DOM
(diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"),
champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy,
MDA ou autre : _____

? 1 2 3

E32

Autres : stéroïdes anabolisants, "colle",
solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde
nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle
("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir)
ou pilules pour dormir vendus sans
ordonnance ou autres non précisés ou non
déterminés : _____

? 1 2 3

E33

AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A
ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"

1 3

E34

PASSER AU
MODULE SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = drogue jamais consommée
ou consommée une fois seulement

2 = drogue consommée
de 2 à 10 fois par mois

3 = drogue consommée
plus de 10 fois par mois
ou dépendance à un médicament

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3

216

E35

COTER LA
COLONNE
INTITULÉE
POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3"). (Préciser période problématique)

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42	E43

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE)

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50	E51

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E59

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E80	E81	E82	E83	E84	E85	E88	E67

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 * VRAI ou
présence du symptôme

219

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74	E75

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82	E83

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESSENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E91

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES (TIRES DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [puls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphonie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphonie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" – PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période ?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
3	3	3	3	3	3	3	3
E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E99

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

3	3	3	3	3	3	3	3
1	1	1	1	1	1	1	1
E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E107

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

1	1	1	1	1	1	1	1
E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E115

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LE SUJET EST DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS

(il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
E132	E133	E134	E135	E136	E137	E138	E139

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "1", À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

(1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E148	E149	E150	E151	E152	E153	E154	E155

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Vous est-il déjà arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), lorsque vous étiez dans un tel état euphorique que cela comportait certains risques ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(2) consommation répétée d'un psychotrope dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E156	E157	E158	E159	E160	E161	E162	E163

Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(3) difficultés répétées avec la justice, liées à la consommation d'un psychotrope (p.ex., arrestations pour conduite liée à la consommation d'une substance).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E164	E165	E166	E167	E168	E169	E170	E171

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE), p.ex., avec des membres de votre famille, des amis, ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales concernant le fait que vous preniez de la drogue ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) poursuite de la consommation du psychotrope malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par la substance (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E172	E173	E174	E175	E176	E177	E178	E179

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) :	3	3	3	3	3	3	3	3
Au moins un des items de "A" est coté "3".	1	1	1	1	1	1	1	1
	E180	E181	E182	E183	E184	E185	E186	E187

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
POUR LES CLASSES DE PSYCHOTROPES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABUS PASSÉ OU PRÉSENT (C'EST-À-DIRE COTÉES "3" À LA QUESTION PRÉCÉDENTE) :								
Le sujet a éprouvé des symptômes d'abus de la substance au cours des 6 derniers mois.	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	1
DANS LE DOUTE : À quand remontent les dernières difficultés éprouvées en ce qui concerne votre prise de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?	E188	E189	E190	E191	E192	E193	E194	E195

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

<p>Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, <u>tout à coup</u>, saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes ?</p> <p>SI OUI : Ces attaques sont-elles survenues <u>soudainement</u>, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise ?</p> <p>DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues ? (Au moins deux ?)</p>	<p>A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>F1</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP) </div>			
<p>Après ce genre d'attaque...</p> <p>Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait chez vous, par exemple que vous aviez eu une crise cardiaque ou que vous étiez en train de devenir fou (folle) (Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e) ?) (Au moins un mois ?)</p> <p>SI NON : Aviez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque ? (Pendant combien de temps vous êtes-vous inquiété(e) ?) (Au moins un mois ?)</p>	<p>(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants :</p> <p>(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p. ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, "devenir fou");</p> <p>(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>F2</p>

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI NON : Avez-vous changé vos habitudes en raison de ces attaques (par exemple, avez-vous évité de sortir seul(e) ou d'aller à certains endroits ? Avez-vous fui certaines activités, comme l'exercice ? Avez-vous fait en sorte d'être toujours proche d'une salle de bain ou d'une sortie ?)

(c) changement marqué du comportement par peur d'une autre attaque.

PASSER À LA
PAGE F.8
(ASATP)

VÉRIFIER SI LES SYMPTÔMES DU SUJET CORRESPONDENT AUX CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE.

À quand remonte votre dernière attaque grave ? Qu'avez-vous remarqué en premier ? Que s'est-il passé ensuite ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Les symptômes sont-ils apparus tout à coup ?

Les symptômes sont survenus brusquement et ont atteint leur paroxysme en moins de 10 minutes.

? 1 2 3 F3

SI OUI : Quel intervalle s'est écoulé entre le début des symptômes et le moment où l'attaque est devenue vraiment très grave ? (Moins de 10 minutes ?)

PASSER À LA
PAGE F.8
(ASATP)

Pendant cette attaque...

...votre cœur battait-il très vite, très fort ou de façon irrégulière ?

(1) palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie);

? 1 2 3 F4

...avez-vous transpiré ?

(2) transpiration;

? 1 2 3 F5

...vous êtes-vous mis(e) à trembler ou avez-vous été pris(e) de brusques secousses ?

(3) tremblements ou secousses musculaires;

? 1 2 3 F6

...étiez-vous essouffé(e) ? (aviez-vous de la difficulté à reprendre votre souffle ?)

(4) dyspnée ou sensation d'essoufflement;

? 1 2 3 F7

...avez-vous eu l'impression que vous alliez étouffer ou suffoquer ?

(5) sensation d'étouffement, de suffocation;

? 1 2 3 F8

...avez-vous ressenti des douleurs ou une certaine gêne dans la poitrine ?

(6) douleur ou gêne thoracique;

? 1 2 3 F9

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

...avez-vous eu des nausées, mal au cœur ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée ?	(7) nausée ou gêne abdominale;	?	1	2	3	F10
...vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou aviez-vous l'impression d'être sur le point de perdre l'équilibre ou de vous évanouir ?	(8) étourdissements ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir;	?	1	2	3	F11
...les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même ?	(9) dépersonnalisation ou déréalisation;	?	1	2	3	F12
...avez-vous eu peur de devenir fou (folie) ou de perdre la tête et de commettre un acte irréfléchi ?	(10) peur de perdre la tête ou de sombrer dans la folie;	?	1	2	3	F13
...avez-vous eu peur de mourir ?	(11) peur de mourir;	?	1	2	3	F14
...avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement de certaines parties du corps ?	(12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement);	?	1	2	3	F15
...avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?	(13) bouffées de chaleur ou frissons.	?	1	2	3	F16
	AU MOINS 4 SYMPTÔMES SONT COTÉS "3".	?	1		3	F17

PASSER À LA
PAGE F.8
(ASATP)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de vos premières attaques de panique, preniez-vous des médicaments, des stimulants (caféine, pilules pour maigrir) ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez eu vos attaques de panique, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les attaques de panique ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LES ATTAQUES DE PANIQUE ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP)

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, troubles vestibulaires, épilepsie et troubles cardiaques (p.ex., arythmie, tachycardie supraventriculaire).

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du système nerveux central (alcool ou barbiturique).

CONTINUER

D. On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des attaques de panique : trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), état de stress post-traumatique (p.ex., réaction à des stimuli associés à un grave facteur de stress), angoisse de séparation ou phobie sociale (se manifestant dans des situations sociales inspirant certaines peurs).

TROUBLE PANIQUE

PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP)

F18

F19

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

SI L'EXAMEN GÉNÉRAL NE FAIT PAS RESSORTIR LA PRÉSENCE D'UNE AGORAPHOBIE : Y a-t-il certaines situations qui vous rendent nerveux(se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique ?

Décrivez ce genre de situations.

SI LE SUJET NE PEUT FOURNIR D'EXEMPLES : Par exemple, est-ce que ça vous rend nerveux(se)...

...d'être à plus d'une certaine distance de votre domicile ?

...de vous trouver dans des endroits pleins de monde – magasin bondé, cinéma, théâtre, restaurant, etc. ?

...d'être dans une file d'attente ?

...d'être sur un pont ?

...d'utiliser les transports en commun – autobus, train ou métro – ou de conduire ?

Évitez-vous ce genre de situations ?

SI NON : Dans ce genre de situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique ?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

B. Présence d'agoraphobie

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de panique inattendue ou provoquée par la situation. Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

? 1 2 3

F20

TROUBLE PANIQUE
SANS AGORAPHOBIE
PASSER À LA PAGE F.7
(CHRONOLOGIE)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex., limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marqué ou avec la peur d'avoir une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3

F21

TROUBLE PANIQUE
SANS AGORAPHOBIE
PASSER À LA PAGE F.7
(CHRONOLOGIE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique : phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur), trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination), état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress) ou angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches).

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE, SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE, SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES.

4" ? 1 2 3

F22

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE
PASSER À LA PAGE
F.7
(CHRONOLOGIE)

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT
COTÉS "3".

? 1 3

F23

TROUBLE
PANIQUE
AVEC
AGORA-
PHOBIE

TROUBLE PANIQUE
SANS AGORAPHOBIE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE: Combien d'attaques de panique avez-vous eues au cours des 6 derniers mois.

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours des 6 derniers mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées et a fait preuve d'évitement agoraphobique.

F24

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

F25

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE :

F26

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble panique : _____

F27

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous lors de votre première attaque de panique ?

Âge de survenue du trouble panique
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

F28

PASSER À LA PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (ASATP)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

	A. Présence d'agoraphobie :	?	1	2	3	
<p>Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de sortir seul(e), d'être dans une foule ou une file d'attente, de prendre l'autobus ou le train ?</p> <p>Que craigniez-vous ?</p>	<p>(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.</p>					F29
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)</p> </div>						
<p>COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :</p>						
	une attaque comportant peu de symptômes (une attaque ressemblant à de la panique, mais comportant moins de quatre symptômes)					F30
	étourdissement ou chute					F31
	dépersonnalisation ou déréalisation					F32
	perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale					F33
	vomissement					F34

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

238

peur de subir une crise cardiaque

F35

autre (préciser) _____

F36

Évitez-vous ces situations ?

SI NON : Dans ces situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique ?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex., limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marqué ou avec la peur d'éprouver des symptômes évoquant une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3

F37

PASSER À LA PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique, soit la phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), la phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur), le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress) et l'angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches).

? 1 2 3

F38

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE, SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE, SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES.

PASSER À LA PAGE
F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

240

F40

Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

7 1 3

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ EPROUVÉE PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

CONTINUER

D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.

7 1 2 3

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

F41

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des 6 derniers mois, avez-vous évité (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours des 6 derniers mois satisfont aux critères de l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

1 2 3

F42

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F43

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans trouble panique, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents d'agoraphobie sans trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F44

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans trouble panique : _____

F45

ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS TROUBLE PANIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE ÉProuvés) ?

Âge de survenue de l'agoraphobie sans trouble panique
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F46

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminare

3 = VRAI ou présence du symptôme

PHOBIE SOCIALE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Y a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire en public, comme parler, manger ou écrire ?	A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).	? 1 2 3	F47
Pourriez-vous me décrire ce genre de situation ?	SITUATIONS PHOBOGÈNES (Cocher) : Parler en public _____ Manger en présence d'autrui _____ Écrire en présence d'autrui _____ Général (la plupart des situations sociales) _____ Autres (Préciser : _____)		F48 F49 F50 F51 F52
Qu'est-ce qui vous faisait peur quand _____ ?	Remarque : Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches; l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.		
SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC : (Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation ?)	B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.	? 1 2 3	F53
Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?	Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.		
? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme intraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme

PASSER À LA
PAGE F. 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

PASSER À LA
PAGE F. 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

243

Pensiez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée ?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. Remarque : Cette « caractéristique » peut être absente chez les enfants.

? 1 2 3

F54

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE :
Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter _____ ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété.

? 1 2 3

F55

SI NON : Quelle difficulté cela représente-il pour vous de _____ ?

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI L'IMPORTANCE DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale ?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

F56

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs ?

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS : (Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs ?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 8 mois au moins.

? 1 2 3

F57

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

244
F53

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LES PEURS ÉPROUVÉES PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

CONTINUER

... de plus, on peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles des peurs éprouvées (p. ex. : trouble panique sans antécédent d'agoraphobie, angoisse de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).

? 1 2 3

F59

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

1-1000-1000-1000

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE
ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE
SECTION UNE FOIS
L'INTERROGATOIRE TERMINÉ.

H. S'il existe une maladie physique ou un autre
trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas
reliée, p.ex., il ne s'agit pas de la peur de " "
bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint
de la maladie de Parkinson) ou de révéler un
comportement alimentaire anormal (chez les
sujets atteints d'anorexie mentale ou de
boulimie).

7 1 2 3

F50

PASSER À LA
PAGE F.43
(TROUBLE
ANXIEUX NS)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE
LA PHOBIE SOCIALE SONT COTÉS "3".

? 1 3

F61

PHOBIE
SOCIALE

PASSER À LA
PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE.)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

246

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE Au cours des 6 derniers mois, est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques, ? 1 3
de la phobie sociale au cours des 6 derniers mois.

F62

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F63

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F64

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie sociale : — — —

F65

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie sociale (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) — —

F66

PASSER À LA PAGE F.18
(PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

4 UNIP-SCID-1/DSM-IV-F17.DOC

PHOBIE SPÉCIFIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Y a-t-il d'autres choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme les voyages en avion, la vue du sang, les piqûres, les hauteurs, les espaces clos ou certains animaux ou insectes ?

A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p. ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang).

? 1 2 3

F67

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par la situation dans laquelle se trouve le sujet. Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises ou une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

? 1 2 3

F68

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Pensiez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée ?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. Remarque : cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

? 1 2 3

F69

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

(Y a-t-il des choses que vous évitez de faire mais que vous auriez faites, n'eût été de cette peur ?)

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'anxiété ou de détresse.

? 1 2 3

F70

SINON : À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché(e) de vivre une vie normale ?

(Y a-t-il des choses que vous avez évitées parce vous aviez peur de (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfère de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

F71

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs ?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins.

? 1 2 3

F72

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF.

G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques de panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier, soit, le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évitement des stimuli associés à un grave facteur de stress), l'angoisse de séparation (p.ex., évitement de l'école), la phobie sociale (p.ex., évitement de certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), le trouble panique avec agoraphobie ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

? 1 2 3

F73

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS "3".

1 3

F74

PHOBIE
SPÉCIFIQUE

PASSER À LA PAGE
F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

Phobie de certains animaux (y compris des insectes) _____

F75

Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) _____

F76

Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) _____

F77

Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) _____

F78

Autres types de phobie (p. ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) _____

F79

Préciser : _____

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

250

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des 6 derniers mois, la peur de (PRÉCISER) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours des 6 derniers mois.

7 1 3

F80

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

F81

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

F82

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie spécifique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique : _____

F83

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie spécifique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

F84

PASSER À LA PAGE F.22
(TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE OBSESSIONNEL-
COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Soit des obsessions ou des compulsions. Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser ?

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION :
Par exemple, avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un, même si vous ne le vouliez pas vraiment ou être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforiez-vous de les chasser de votre esprit ? (Comment faisiez-vous?)

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis ?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui, à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés de la réalité vécue.

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

?	1	2	3	F85
---	---	---	---	-----

7	1	2	3	FBI
---	---	---	---	-----

?	1	2	3	F87
---	---	---	---	-----

2	1	2	3	F88
---	---	---	---	-----

OBSESSIONS

PAS D'OBSSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

COMPULSIONS

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, comme vous laver les mains à plusieurs reprises, compter jusqu'à un certain nombre, ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'aviez bien faite ?

(Que vous sentiez-vous obligé(e) de faire ?)

DANS LE DOUTE : Pourquoi vous sentiez-vous obligé(e) de (PRÉCISER LA NATURE DU GESTE COMPULSIF) ? Que serait-il arrivé si vous ne vous étiez pas exécuté(e) ?

Compulsions, définies par les critères (1) et (2) :

(1) Des gestes (p. ex., se laver les mains, remettre en place certains objets, vérifier quelque chose) ou des exercices mentaux (p. ex., prier, compter, répéter certains mots mentalement) répétitifs que le sujet se sent obligé de faire en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être observées à la lettre.

DANS LE DOUTE : Combien de fois faites-vous ou faisiez-vous (PRÉCISER LA NATURE DU GESTE COMPULSIF) ? Combien de temps par jour y consacrez-vous ?

(2) Les gestes ou les exercices mentaux en question visent à prévenir ou réduire un sentiment de détresse ou à prévenir un événement ou une situation redoutés; pourtant ils ne sont pas liés de façon réaliste à ce qu'ils sont présumés neutraliser ou prévenir ou bien ils sont manifestement excessifs.

? 1 2 3 F89

? 1 2 3 F90

COMPULSIONS

DÉCRIRE LA OU LES COMPULSIONS :

PASSER À LA PAGE F.24
(CONFIRMATION)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CONFIRMATION DES OBSESSIONS OU DES COMPULSIONS

SI LE SUJET SOUFFRE D'OBSESSIONS, DE COMPULSIONS OU DES DEUX À LA FOIS, CONTINUER CI-DESSOUS.

SI LE SUJET NE SOUFFRE NI D'OBSESSIONS, NI DE COMPULSIONS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE).

Avez-vous (pensé [PRÉCISER LA NATURE DE L'IDÉE OBSÉDANTE] et/ou fait [PRÉCISER LA NATURE DE L'ACTIVITÉ COMPULSIVE]) plus que vous ne l'auriez dû (ou plus qu'il ne vous paraissait raisonnable) ?

SI NON : Et au début, quand vous avez commencé à avoir ce genre de comportement, est-ce que ça vous a paru excessif ou absurde ?

B. À un moment ou à un autre pendant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que son comportement était excessif ou absurde. Remarque : ce critère ne s'applique pas aux enfants.

Cocher ici _____ si le sujet fait preuve de peu de discernement, c'est-à-dire si, la plupart du temps, pendant le présent épisode, il ne reconnaît pas que ses obsessions ou que ses compulsions sont excessives ou absurdes.

? 1 2 3

F91

F92

F93

PASSER À LA PAGE
F.28
(ÉTAT DE STRESS
POST-
TRAUMATIQUE)

Quelles ont été les répercussions de cette (OBSESSION OU COMPULSION) sur votre vie ? Est-ce que ça vous a beaucoup importuné(e) de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?

(Combien de temps passez-vous à [PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION] ?

C. Les obsessions ou compulsions causent des sentiments marqués de détresse, occasionnent une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet, son fonctionnement professionnel ou ses activités ou relations sociales habituelles.

? 1 2 3

F94

PASSER À LA PAGE
F.28
(ÉTAT DE STRESS
POST-
TRAUMATIQUE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE.

D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble (p.ex., obsessions de la nourriture, en cas de trouble de l'alimentation, ou de la drogue, en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes, obsessions concernant l'apparence, en cas de dysmorphophobie; peur obsédante d'avoir une maladie grave, en cas d'hypocondrie; sentiment de culpabilité obsédant, en cas d'épisode dépressif majeur ou compulsion à s'arracher les cheveux, en cas de trichotillomanie).

? 1 2 3

F95

PASSER À LA PAGE F.28
(ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

F96

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'OBSESSION OU LA COMPULSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE INTOX.

PASSER À LA
PAGE F.28
(ESPT)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

Exemples de maladie physique : certaines tumeurs du S.N.C.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par un psychotrope (cocaïne, amphétamines).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DU TROUBLE
OBSESSIONNEL-COMPULSIF SONT COTÉS
"3".

1 3

F97

TROUBLE
OBSESSIONNEL
COMPULSIF

PASSER À
LA PAGE
F.28
(ÉSPT)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

DANS LE DOUTE: Durant les 6 derniers mois, le fait de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) a-t-il eu des répercussions sur votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours des 6 derniers mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel compulsif.

?	1	3

F98

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F99

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES
DE TROUBLE OBSESSIONNEL-
COMPULSIF) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers
symptômes de trouble obsessionnel-compulsif : _____

F100

F101

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?

Âge de survenue du trouble obsessionnel-
compulsif
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F102

PASSER À LA PAGE F.28
(ESPT)

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraléminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

$\mathbf{d}t$

•

F103

ÉVÉN1

↓

a

↓

ÉVÉN3.

298

• 2

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

F104

3 = VRAI ou présence du symptôme

116

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?	(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p. ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);	?	1	2	3	F109
Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?	(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;	?	1	2	3	F110
Vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques — p. ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore, de sentir votre cœur battre très fort ?	(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci.	?	1	2	3	F111
AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "B" EST COTÉE "3".		1			3	F112

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

C. Évitemment persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

...avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

? 1 2 3

F113

...avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement ?

(2) effort pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3

F114

...avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

? 1 2 3

F115

...avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision ?

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;

? 1 2 3

F116

...vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3

F117

...vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ?

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3

F118

...avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé ?

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.

? 1 2 3

F119

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "C" SONT COTÉES "3".

1 3

F120

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

...avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

? 1 2 3 F121

...vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère;

? 1 2 3 F122

...avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration;

? 1 2 3 F123

...avez-vous tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance;

? 1 2 3 F124

...avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, par suite d'un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée.

? 1 2 3 F125

AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "D" SONT COTÉES "3".

1 3 F126

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé ce genre de difficultés (NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET) ?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois.

? 1 2 3

F127

SINON, PASSER À LA PAGE F.35
(ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3

F128

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE
SONT COTÉS "3".

? 1 2 3

F129

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE STRESS
POST-
TRAUMATIQUE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des 6 derniers mois, avez-vous (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) ?

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours des 6 derniers mois.

? 1 3

F130

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F131

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
- 6 Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F132

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique : _ _ _

F133

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) ?

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

_ _ _

F134

PASSER À LA PAGE F.35
(ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infirmitaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SIL SUJET EST UN SCHIZOPHRÈNE EN PHASE RÉSIDUELLE, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

demiers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous aussi beaucoup au sujet des événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous (À quel point ?)

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ? (COMPARER LA RÉPONSE DU SUJET AVEC CELLE DONNÉE CONCERNANT LA SURVENUE D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR OU D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE.)

A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire).

B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

F(2). Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

? 1 2 3

F135

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? 1 2 3

F136

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? 1 2 3

F137

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes qui accompagnent souvent la nervosité.

Lorsque vous avez ressenti de la nervosité ou de l'anxiété, au cours des six derniers mois...

C. L'anxiété et la nervosité s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants (certains symptômes s'étant manifestés plus d'un jour sur deux au cours des six derniers mois) :

...vous sentiez-vous souvent agité(e) —aviez-vous de la difficulté à rester en place ?	(1) agitation ou impression d'être survolté ou à bout;	?	1	2	3	F138
...vous sentiez-vous survolté(e) ou à bout						
...vous fatigiez-vous facilement ?	(2) fatigabilité;	?	1	2	3	F139
...aviez-vous de la difficulté à vous concentrer ou aviez-vous des trous de mémoire ?	(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire;	?	1	2	3	F140
...étiez-vous souvent irritable ?	(4) irritabilité;	?	1	2	3	F141
...aviez-vous souvent les muscles tendus ?	(5) tension musculaire;	?	1	2	3	F142
...aviez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ?	(6) troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non réparateur).	?	1	2	3	F143
AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES DÉCRITS EN C SONT COTÉS "3"			1		3	F144

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

D. L'anxiété ou les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble de l'axe I, p.ex., peur d'être embarrassé en public (comme dans la phobie sociale), peur de la contamination (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), peur de s'éloigner de la maison ou de sa famille (comme dans l'anxiété de séparation), peur de prendre du poids (comme dans l'anorexie) ou d'être atteint d'une maladie grave (comme dans l'hypocondrie), et ils ne sont pas associés à un état de stress post-traumatique.

1 3

F145

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de (MENTIONNER LES SYMPTÔMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie ? (Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3

F146

PASSER À LA PAGE
F.45
(TROUBLE ANXIEUX
NON SPÉCIFIÉ)

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

F147

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE INTOX.

PASSER À LA
PAGE F.45
(TROUBLE
ANXIEUX NON
SPÉCIFIÉ)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique ?

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B-12, porphyrie, tumeur du S.N.C., troubles vestibulaires, encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinique

3 = VRAI ou
présence du symptôme

267

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE
L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS "3".

1

2

F143

ANXIÉTÉ
GÉNÉRA-
LISÉE

PASSER À LA
PAGE F.45
(TROUBLE
ANXIEUX NON
SPÉCIFIÉ)

? * information
inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptoma
infralimina

3 = VRAI ou
présence du symptôme

268

CHRONOLOGIE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F148a

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (MENTIONNER LES SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)?

Âge de survenue de l'anxiété généralisée
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F149

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intransmissible

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À UNE INTOXICATION
PAR UN PSYCHOTROPE

TROUBLE ANXIEUX DÙ À UNE MALADIE PHYSIQUE CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LES SYMPTÔMES NE SONT PAS ASSOCIÉS DANS LE TEMPS À UNE MALADIE PHYSIQUE,
COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.42, TROUBLE ANXIEUX DÙ À UNE
INTOXICATION PAR UN PSYCHOTROPE

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION
RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

Vos symptômes d'anxiété (ÉNONCER
LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ
ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ont-ils
commencé à se manifester ou se sont-ils
beaucoup aggravés après le début de
votre maladie (NOMMER LA MALADIE) ?

SI LA MALADIE EST MAÎTRISÉE : Vos
symptômes d'anxiété (ÉNONCER LES
SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ ÉPROUVÉS
PAR LE SUJET) se sont-ils atténués une
fois que vous vous êtes rétabli(e) de
(NOMMER LA MALADIE) ?

A. Prédominance d'une grande anxiété, d'attaques
de panique, d'obsessions ou de compulsions.

B/C. L'anamnèse, l'examen physique et les
résultats d'analyses semblent démontrer que le
trouble est directement attribuable à une maladie
physique; d'autre part, on peut écarter les autres
troubles mentaux possibles (p.ex., trouble de
l'adaptation avec humeur anxieuse) qui pourraient
être liés au stress découlant du fait d'être atteint
d'une maladie physique.

LES FACTEURS SUIVANTS DOIVENT ÊTRE
PRIS EN CONSIDÉRATION ET AIDER À
CONFIRMER QUE LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ
ÉPROUVÉS PAR LE SUJET SONT DUS À LA
MALADIE PHYSIQUE DONT IL SOUFFRE :

1) LES OUVRAGES MÉDICAUX ONT DÉJÀ
ÉTABLI L'EXISTENCE D'UN LIEN ENTRE LA
MANIFESTATION DE SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ
ET LA MALADIE PHYSIQUE EN QUESTION.

2) IL EXISTE UN LIEN TRÈS NET, DANS LE
TEMPS, ENTRE L'ÉVOLUTION DES
SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ ET CELLE DE LA
MALADIE PHYSIQUE DONT SOUFFRE LE
SUJET.

3) LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ PRÉSENTENT
DES CARACTÉRISTIQUES INHABITUELLES (P.
EX., ÂGE DE SURVENUE AVANCÉ).

4) IL N'EXISTE PAS D'AUTRE EXPLICATION
POSSIBLE DES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ
(P. EX., RÉACTION PSYCHIQUE À LA MALADIE).

PASSER À LA PAGE F.42
(INTOXICATION PAR UN
PSYCHOTROPE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : À quel point les symptômes d'anxiété (NOMMER LES SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) vous ont-ils empêché(e) de mener une vie normale ?

(Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail et à rencontrer vos amis ?)

E. La perturbation entraîne une détresse marquée ? 1 2 3 F152
ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

PASSER À LA PAGE F.42
(INTOXICATION PAR UN
PSYCHOTROPE)

D. La perturbation ne survient pas exclusivement 1 3
durant le délire.

DÉLIRE DÙ À
UNE MALADIE
PHYSIQUE

TROUBLE ANXIEUX
DÙ À UNE MALADIE
PHYSIQUE

Indiquer le symptôme
prédominant :
1. anxiété généralisée
2. attaques de panique
3. symptômes obsessionnels-
compulsifs

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà cessé de consommer
(NOMMER LA SUBSTANCE) pendant un
certain temps ?

SI OUI : Une fois que vous avez cessé
de consommer (NOMMER LA
SUBSTANCE), les symptômes
d'anxiété (LES NOMMER) se sont-ils
atténués ou ont-ils continué à se
manifester ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Quelle quantité de (NOMMER LA
SUBSTANCE) consommiez-vous lorsque
vous avez commencé à éprouver des
symptômes de (LES NOMMER) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-
t-il déjà eu d'autres épisodes pendant
lesquels vous avez éprouvé des
symptômes de (NOMMER LES
SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ) ?

SI OUI : Combien ? Consommiez-
vous (NOMMER LA SUBSTANCE) à
cette époque ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : À

quel point les symptômes d'anxiété
(nommer les symptômes éprouvés par le
sujet) vous ont-ils empêché(e) de mener
une vie normale ?

(Avez-vous eu plus de difficulté à faire
votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

(2) Les symptômes d'anxiété persistent
pendant un bon moment (p.ex., un mois) après
la fin d'une période de sevrage ou d'une grave
intoxication.

(3) Les symptômes d'anxiété sont beaucoup
plus prononcés que ce à quoi on pourrait
s'attendre compte tenu de la nature ou de la
quantité de substance consommée ou de la
durée de l'intoxication.

(4) Il semble exister un trouble anxieux
distinct, qui ne soit pas attribuable à la
consommation d'un psychotrope (p.ex., des
antécédents d'attaques de panique récurrentes
qui ne sont liées à la consommation d'aucun
psychotrope).

NON ATTRIBUABLE À UNE
INTOXICATION
RETOURNER À LA SECTION
RELATIVE AU TROUBLE EN VOIE
D'ÉVALUATION

E. Les symptômes entraînent une détresse
marquée ou un handicap notable sur les plans
social ou professionnel ou dans d'autres
domaines importants de la vie du sujet.

RETOURNER À LA SECTION
RELATIVE AU TROUBLE EN VOIE
D'ÉVALUATION

F156

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

D. Les symptômes ne surviennent pas
exclusivement durant l'évolution du délire.

DÉLIRE DÙ À
UNE INTOXICATION
PAR UN
PSYCHOTROPE

TROUBLE ANXIEUX
DÙ À UNE
INTOXICATION PAR
UN PSYCHOTROPE

Indiquer le symptôme
prédominant :

1. anxiété généralisée
2. attaques de panique
3. symptômes obsessionnels-
compulsifs
4. symptômes de phobie

Indiquer le contexte d'apparition des
symptômes d'anxiété :

1. Pendant l'intoxication
2. Pendant le sevrage

RETOURNER À LA SECTION RELATIVE AU
TROUBLE EN VOIE D'ÉVALUATION

F156a

F156b

F156c

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

1. UNIT 49/10/2002/00/01/02 DEC

TROUBLE ANXIEUX NON
SPÉCIFIÉ

Anxiété ou évitement phobique notable sur le plan clinique, ne répondant aux critères d'aucun trouble anxieux spécifique, ni à ceux du trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse ou avec humeur anxieuse et dépressive (se référer au module I pour écarter les troubles de l'adaptation).

1 3

F156d

PASSER AU MODULE
SUIVANT

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre d'anxiété, preniez-vous des médicaments, des stimulants ou de la drogue ?

L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

F157

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE INTOX.
PASSER AU
MODULE
SUIVANT

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

Lorsque vous avez commencé à avoir ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique ? (Qu'a dit votre médecin ?)

Exemples de maladie physique :
hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B-12, porphyrie, tumeur du S.N.C., troubles vestibulaires, encéphalite.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

TROUBLE
ANXIEUX NS

EN PRÉCISER LE TYPE,
PAGE SUIVANTE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TYPES DE TROUBLE ANXIEUX NS

F157a

- 1 Symptômes marqués de phobie sociale liés aux répercussions sociales d'une maladie physique ou à un trouble mental (p.ex., maladie de Parkinson, maladie de la peau, bégaiement, anorexie mentale, dysmorphophobie).
2. Troubles pour lesquels le médecin a conclu à la présence d'un trouble anxieux, mais pour lesquels il ou elle est incapable d'établir si celui-ci est dû principalement à une maladie physique ou à une intoxication par un psychotrope.
3. Trouble dépressif et anxieux à la fois : présence de symptômes marqués d'anxiété et de dépression, mais ceux-ci ne répondent pas aux critères d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux spécifiques (passer au module J, page J.5, pour les critères de recherche).
4. Autre type : _____

7 = information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
intermédiaire3 = VRAI ou
présence du symptôme

276

G. TROUBLES SOMATOFORMES

Depuis quelques années, quel est votre état de santé physique ?

Avez-vous été obligé(e) de consulter votre médecin parce que vous ne vous sentiez pas bien ? (À quelle fréquence ?) (Pour quel genre de troubles ?)

SI OUI : Le médecin a-t-il été en mesure de trouver chaque fois ce qui n'allait pas ou bien est-ce déjà arrivé qu'il ou qu'elle vous ait dit que vous alliez bien, même si vous étiez convaincu(e) du contraire ?

Vous faites-vous beaucoup de mauvais sang au sujet de votre santé ? Votre médecin pense-t-il que vous vous en faites trop ?

Il y a des gens qui s'en font beaucoup au sujet de leur apparence. Est-ce le cas en ce qui vous concerne ?

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?

SI AUCUN INDICE NE PERMET DE PRÉSUMER QUE LE SUJET SOUFFRE PRÉSENTEMENT D'UN TROUBLE SOMATOFORME, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

G1

SI LE SUJET RECONNAÎT SEULEMENT QU'IL OU QU'ELLE S'EN FAIT EN CE QUI CONCERNE SON APPARENCE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE G.12, DYSMORPHOPHOBIE (PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE).

SOMATISATION**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES****(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)**

Avez-vous été souvent malade au cours de votre vie ?

A. Antécédents de symptômes physiques multiples ayant débuté avant l'âge de trente ans et s'échelonnant sur plusieurs années.

? 1 2 3

G2

SI OUI : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à souffrir de nombreux malaises ou de nombreuses maladies physiques ?

PASSER À LA
PAGE G.7,
TROUBLE
SOMATOFORME
DOULOUREUX

Âge de survenue du trouble somatoforme (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

G3

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ATTRIBUER UNE COTE DE "3" À CHACUN DES SYMPTÔMES RAPPORTÉS CI-DESSOUS (À LA SUITE DE L'ENCADRE) SEULEMENT DANS LE CAS DE SYMPTÔMES SOMATOFORMES. AU BESOIN, POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

Avez-vous consulté un médecin à ce sujet?

SI OUI : Quel a été son diagnostic ? (Selon le médecin, quelle en était la cause ?) (Vous a-t-on fait passer des épreuves ou des radiographies et si oui, a-t-on trouvé quelque chose d'anormal ?)

SI LE SUJET SOUFFRE D'UNE MALADIE PHYSIQUE QUI POURRAIT EXPLIQUER LE SYMPTÔME : À quel point le fait de (NOMMER LE SYMPTÔME EN QUESTION) vous a-t-il dérangé(e) (À quel point vous a-t-il empêché(e) de vivre une vie normale ?)

SINON : Avez-vous eu beaucoup de difficulté à vivre une vie normale à cause de (NOMMER LE SYMPTÔME EN QUESTION) ? (Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail ou à voir vos amis ?)

(À peu près à l'époque où vous avez éprouvé (NOMMER LE SYMPTÔME EN QUESTION) preniez-vous des médicaments, de la drogue ou de l'alcool ?)

Les conditions (1) et (2) doivent être respectées :

(1) À cause du symptôme en question le sujet a été amené à chercher un traitement ou encore, il souffre d'un handicap important dans sa vie sociale ou professionnelle ou dans d'autres domaines importants.

(2) soit (a), soit (b) :

(a) les examens appropriés ont permis d'écarter une maladie physique connue ou les effets directs d'une substance toxique (médicament ou drogue) comme causes du symptôme.

(b) si le sujet souffre d'une maladie physique pouvant donner lieu au symptôme énoncé, ses doléances à ce sujet ou l'importance du handicap sur sa vie sociale ou professionnelle sont plus importantes que ne le laissent présumer ses antécédents, les examens physiques ou les analyses de laboratoire.

(3) le sujet ne provoque ni ne simule le symptôme en question (comme dans les cas de troubles factices ou de simulation).

Maintenant, je vais vous interroger sur les symptômes précis que vous avez peut-être éprouvés au cours des dernières années.

Vous est-il déjà arrivé...

... d'avoir de la difficulté à marcher

... de paralyser ou d'avoir des accès de faiblesse et de ne pouvoir soulever ou déplacer des objets que vous pouviez soulever ou déplacer en temps normal ?

... d'avoir de la difficulté à avaler ou de sentir une boule dans votre gorge ?

B. Le sujet doit avoir répondu aux quatre critères suivants, chacun des symptômes de chaque critère survenant n'importe quand pendant la durée du trouble :

(4) Un symptôme pseudoneurologique : antécédents d'au moins un symptôme ou d'au moins une déficience permettant de soupçonner la présence d'un état neurologique n'excluant pas d'autres manifestations que la douleur (NOTAMMENT...

... un manque de coordination ou d'équilibre

... paralysie ou faiblesse localisée

... difficulté de déglutition et boule dans la gorge

? 1 2 3 G4

? 1 2 3 G5

? 1 2 3 G6

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

... de perdre la voix pendant plus de quelques minutes ?	... aphonie	?	1	2	3	G7
... d'être absolument incapable d'uriner pendant une journée entière (sauf après un accouchement ou une opération) ?	... rétention urinaire	?	1	2	3	G8
... de ressentir un engourdissement ou des picotements dans certaines parties de votre corps ?	... perte de sensation	?	1	2	3	G9
... d'avoir une vision double ?	... diplopie	?	1	2	3	G10
... de perdre la vue pendant plus de quelques secondes ?	... cécité	?	1	2	3	G11
... de ne plus rien entendre pendant plus de quelques secondes ?	... surdité	?	1	2	3	G12
... de faire une crise d'épilepsie ou d'être pris(e) de convulsions ?	... crise d'épilepsie ou convulsions	?	1	2	3	G13
... de souffrir d'amnésie, c'est-à-dire de ne rien vous rappeler de ce que vous aviez vécu pendant une période pouvant s'étendre de quelques heures à plusieurs jours ?	... amnésie	?	1	2	3	G14
... de perdre conscience de ce qui se passait autour de vous ?	... altération de la conscience, sans aller jusqu'à l'évanouissement.	?	1	2	3	G15
SI OUI : Était-ce parce que vous vous étiez évanoui(e) ?						
B(4) UN SYMPTÔME PSEUDONEUROLOGIQUE EST COTÉ "3".			1		3	G16

PASSER À LA PAGE G.7.
TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX

CONTINUER

Vous est-il déjà arrivé...

(1) Quatre symptômes douloureux : des antécédents de douleurs émanant d'au moins quatre parties du corps différentes ou de quatre organes différents (PAR EXEMPLE, DOULEURS ...)

... d'avoir des maux de tête fréquents ?	... à la tête	?	1	2	3	G17
... d'avoir souvent mal au ventre ou à l'estomac ?	... à l'abdomen	?	1	2	3	G18

PASSER À LA
PAGE G.7,
TROUBLE
SOMATOFORME
DOULOUREUX

CONTINUED

Vous est-il déjà arrivé...

(1) Quatre symptômes douloureux : des antécédents de douleurs émanant d'au moins quatre parties du corps différentes ou de quatre organes différents (PAR EXEMPLE, DOULEURS ...

... d'avoir des maux de tête fréquents ?

... à la tête

? 1 2 3

G17

... d'avoir souvent mal au ventre ou à l'estomac ?

... à l'abdomen

? 1 2 3

G 18

7 - information
inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptômes
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

... d'avoir souvent mal dans le dos ?	... au dos	?	1	2	3	G19
... d'avoir mal aux articulations ?	... aux articulations	?	1	2	3	G20
... d'avoir mal aux bras ou aux jambes, exception faite des douleurs aux articulations ?	... aux membres	?	1	2	3	G21
... d'avoir des douleurs dans la poitrine ?	... thoraciques	?	1	2	3	G22
CHEZ UN SUJET DE SEXE FÉMININ : À part la première année après le début de vos menstruations, avez-vous eu des règles très douloureuses ?	... pendant les règles	?	1	2	3	G23
SI OUI : Plus que la plupart des femmes ?						
Avez-vous souvent éprouvé de la douleur pendant les relations sexuelles ?	... pendant les relations sexuelles	?	1	2	3	G24
Avez-vous déjà ressenti de la douleur en urinant ?	... pendant la miction	?	1	2	3	G25
Vous est-il déjà arrivé d'avoir mal ailleurs (à part les endroits déjà mentionnés [maux de tête, etc.] ?		?	1	2	3	G26
B (1) QUATRE SYMPTÔMES DOULOUREUX SONT COTÉS "4".		1		3		G27
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASSER À LA PAGE G.7, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX</div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">CONTINUER</div>						
Vous est-il souvent arrivé d'avoir ...	(2) Deux symptômes gastro-intestinaux : antécédents d'au moins deux symptômes gastro-intestinaux, à l'exclusion de la douleur (PAR EXEMPLE, ...					
... des nausées — c'est-à-dire d'avoir des haut-le-cœur sans aller jusqu'à vomir ?	... nausées	?	1	2	3	G28
... des ballonnements, c'est-à-dire un excès de gaz dans le ventre ou l'estomac ?	... ballonnements	?	1	2	3	G29
... des vomissements (à part lorsque vous étiez enceinte) ?	... vomissements (en dehors de la grossesse)	?	1	2	3	G30
... des selles molles ou la diarrhée ?	... diarrhée	?	1	2	3	G31

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaires

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B(1), B(2), B(3) ET B(4) DE
LA SOMATISATION SONT COTÉS "3".

1

3

G40

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

SOMATISATION

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

282

QUESTION À POSER AU BESOIN : Êtes-vous venu(e) consulter un médecin parce que vous avez mal quelque part ?

A. La douleur ressentie par le sujet à un ou plusieurs endroits est le principal motif de la consultation et elle est d'une intensité suffisante pour motiver l'attention du médecin.

? 1 2 3

G41

PASSER À LA PAGE G.8,
TROUBLE SOMATOFORME
INDIFFÉRENCIÉ

(À quel point la douleur que vous éprouvez vous empêche-t-elle de vivre une vie normale ?) (Vous empêche-t-elle de faire votre travail ou de voir vos amis ?)

B. La douleur entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3

G42

PASSER À LA PAGE G.8,
TROUBLE SOMATOFORME
INDIFFÉRENCIÉ

Que se passait-il dans votre vie au moment où vous avez commencé à ressentir ce genre de douleur ?

C. On estime que des facteurs psychologiques ont joué un rôle important dans la survenue, l'exacerbation ou la persistance de la douleur ou dans la gravité de celle-ci.

? 1 2 3

G43

PASSER À LA PAGE G.8,
TROUBLE SOMATOFORME
INDIFFÉRENCIÉ

(Les médecins vous ont-ils dit qu'il leur semblait que vous souffriez plus que la normale ?)

D. On peut écarter un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou un trouble psychotique comme causes possibles de la douleur et celle-ci ne répond pas aux critères de la dyspareunie (c'est-à-dire de douleurs pendant les relations sexuelles).

? 1 2 3

G44

PASSER À LA PAGE G.8,
TROUBLE SOMATOFORME
INDIFFÉRENCIÉ

LES CRITÈRES A, B, C ET D SONT COTÉS "3".

1 3

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

TROUBLE SOMATOFORME
DOULOUREUX

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DOULEUR) ?

Âge de survenue du trouble somatoforme douloureux
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

G45

CONTINUER À LA PAGE
SUIVANTE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminair

3 = VRAI ou
présence du symptôme

© 1997 PARSONS-HENRI & CO

**TROUBLE SOMATOFORME
INDIFFÉRENCIÉ
(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)**
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI: LE SUJET SOUFFRE D'UN TROUBLE SOMATOFORME (PAGE G.6)
OU D'UN TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX (PAGE G.7),
COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE G.10, HYPOCONDRIE

LES RENSEIGNEMENTS OBTENUS À PARTIR DU SURVOL DE LA MALADIE ACTUELLE ET DES QUESTIONS DE SÉLECTION POSÉES AU DÉBUT DU PRÉSENT MODULE DEVRAIENT SUFFIRE. EN GÉNÉRAL, POUR COTER LES ITEMS QUI SUIVENT, POSER DES QUESTIONS ADDITIONNELLES AU BESOIN.

A. Le sujet se plaint d'au moins un trouble physique, p.ex., de fatigue, d'une perte d'appétit ou de troubles gastro-intestinaux ou urinaires.

? 1 2 3

G47

DÉCRIRE :

PASSER À LA
PAGE G.10,
HYPOCONDRIE

POUR CHAQUE SYMPTÔME RAPPORTÉ, DÉTERMINER SI LE SUJET RÉPOND AU CRITÈRE, À L'AIDE DE QUESTIONS TELLES QUE LES SUIVANTES :

B. Soit (1), soit (2) :

Avez-vous mentionné (NOMMER LE SYMPTÔME EN QUESTION) à un médecin ?

(1) les examens appropriés ont permis d'écarter une maladie physique connue ou les effets directs d'une substance toxique (médicament ou drogue) comme causes du symptôme en question.

? 1 2 3

G48

Quel a été son diagnostic ? (Selon le médecin, quelle en était la cause ?)

(Vous a-t-on fait passer des épreuves ou des radiographies et si oui, a-t-on trouvé quelque chose d'anormal ?)

(À peu près à l'époque où vous avez éprouvé (NOMMER LE SYMPTÔME EN QUESTION), preniez-vous des médicaments, de la drogue ou de l'alcool ?)

SI LE SUJET EST ATTEINT D'UNE MALADIE PHYSIQUE QUI POURRAIT EXPLIQUER LE SYMPTÔME : À quel point les symptômes que vous éprouviez (NOMMER LES SYMPTÔMES SOMATIQUES) vous ont-ils dérangé(e) ?

(2) si le sujet souffre d'une maladie physique pouvant donner lieu au même type de symptôme, ses doléances au sujet du symptôme ou l'importance du handicap sur sa vie sociale ou professionnelle sont plus importants que ne le laissent présumer ses antécédents ou encore, les examens physiques et les analyses de laboratoire.

? 1 2 3

G49

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE G.10, HYPOCONDRIE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféministe

3 = VRAI ou
présence du symptôme

HYPOCONDRIE (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

Vous faites-vous beaucoup de souci à l'idée que vous souffriez peut-être d'une maladie grave que les médecins ont été incapables de diagnostiquer ?

Qu'est-ce qui vous le fait croire ? (De quoi pensez-vous souffrir ?)

Que vous ont dit les médecins que vous avez consultés ?

Coter "3" le critère D, si A et B sont tous deux cotés "3".

(Quand tout cela a-t-il commencé ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Crainte préoccupante d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur une interprétation erronée de certains symptômes.

DÉCRIRE :

PASSER À LA
PAGE G.12.
DYSMORPHOPHOBIE

B. La crainte persiste, malgré les examens médicaux appropriés et les conclusions rassurantes des médecins.

PASSER À LA
PAGE G.12.
DYSMORPHOPHOBIE

C. La crainte évoquée en A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant de type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation au sujet de l'apparence (comme dans la dysmorphophobie).

PASSER À LA
PAGE G.12.
DYSMORPHOPHOBIE

D. La crainte entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

PASSER À LA
PAGE G.12.
DYSMORPHOPHOBIE

E. Le trouble dure depuis au moins six mois.

PASSER À LA
PAGE G.12.
DYSMORPHOPHOBIE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

286

Âge de survenue (SI LE SUJET NE SAIT PAS,
INSCRIRE 99)

4

G81

F. On peut écarter l'anxiété généralisée, le
trouble obsessionnel-compulsif, le trouble
panique, un épisode dépressif majeur, l'angoisse
de séparation ou un autre trouble somatoforme
comme causes possibles des craintes éprouvées
par le sujet.

? 1 2 3

G82

PASSER À LA
PAGE G. 12.
DYSMORPHOPHOBIE

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE
L'HYPOCHONDRIE SONT COTÉS "3".

? 1 2 3

G83

REMARQUE : AU BESOIN, CHANGER LA
COTE ATTRIBUÉE AU CRITÈRE E DU
TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ
(PAGE G.9).

CONTINUER À
LA PAGE
SUIVANTE

HYPOCHONDRIE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intraliminair

3 = VRAI ou
présence du symptôme

4 UNP-SCID-I-DSM-IV.doc

DYSMORPHOPHOBIE (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI, À LA PAGE G.1, LE SUJET NE S'EST PAS DIT PRÉOCCUPÉ PAR SON APPARENCE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

Vous avez dit que vous vous en faisiez beaucoup à cause du fait que vous êtes (ou que vous aviez) (DÉFAUT PHYSIQUE MENTIONNÉ PAR LE SUJET). À quel point y pensez-vous ?

(Prenons une journée normale. En tout, combien de temps environ passez-vous à penser au fait que vous êtes ou que vous avez [DÉFAUT PHYSIQUE MENTIONNÉ PAR LE SUJET] ? Au moins une heure par jour, par exemple ?)

A. Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence chez une personne dont l'aspect est normal. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est tout à fait démesurée.

REMARQUE : COTER "3" SEULEMENT S'IL EST ÉVIDENT QUE LE DÉFAUT EST IMAGINAIRE OU QUE LE SUJET L'AMPLIFIE.

? 1 2 3

G64

PASSER AU
MODULE SUIVANT

DANS LE DOUTE : À quel point cela vous affecte-t-il ? Quels effets cela a-t-il sur votre vie ? (Cela vous empêche-t-il de faire votre travail ou de voir vos amis ?)

B. La préoccupation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3

G65

PASSER AU
MODULE SUIVANT

C. On peut écarter un autre trouble mental, par exemple, l'anorexie (insatisfaction concernant la forme de son corps et sa grosseur) comme cause possible de la préoccupation.

? 1 2 3

G66

PASSER AU
MODULE SUIVANT

LES CRITÈRES A, B ET C SONT COTÉS "3".

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE SUIVANT

DYSMORPHOPHOBIE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DYSMORPHOPHOBIE) ?

Âge de survenue de la dysmorphophobie (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

G67

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

I. TROUBLES DE L'ADAPTATION (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

TENIR COMPTE DE CETTE SECTION SEULEMENT SI LE SUJET SOUFFRE PRÉSENTEMENT D'UN TROUBLE QUI NE RÉPOND PAS AUX CRITÈRES DES AUTRES TROUBLES DE L'AXE I DU DSM-IV. SINON, COCHER CI-CONTRE. (FIN DU QUESTIONNAIRE SCID)

LES RENSEIGNEMENTS OBTENUS À PARTIR DU SURVOL DE LA MALADIE ACTUELLE SUFFIRONT HABITUELLEMENT À ÉVALUER LES CRITÈRES DE CE TROUBLE.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

QUESTION À POSER AU BESOIN : Vous est-il arrivé quelque chose de regrettable peu de temps avant (LA SURVENUE DU TROUBLE ACTUEL) ?

SI OUI : Pensez-vous que (LE FACTEUR DE STRESS) ait eu quelque chose à voir avec le fait que vous ayez éprouvé (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ?

(Quels effets [LES SYMPTÔMES] ont-ils eu sur votre capacité à faire certaines choses ?) (À quel point vous ont-ils troublé(e) ?) (Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

(Avez-vous souvent eu ce genre de réaction ?)

(Avez-vous [SYMPTÔMES] avant que [FACTEUR DE STRESS] ne survienne ?)

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous perdu un être cher quelque temps avant (LA SURVENUE DU TROUBLE ACTUEL) ?

A. En réponse à un ou à plusieurs facteurs de stress identifiables, apparition de symptômes émotifs ou comportementaux au cours des trois mois suivant la survenue du ou des facteurs de stress.

DÉCRIRE :

? 1 2 3

PASSER À D_x

B. Ces symptômes ou ces comportements sont significatifs sur le plan clinique, comme en témoignent l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(1) une détresse plus marquée que celle à laquelle on pourrait normalement s'attendre en réponse au facteur de stress en question;

(2) un handicap important du comportement social ou professionnel (ou scolaire).

? 1 2 3

PASSER À D_x

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble de l'axe I et n'est pas une simple exacerbation d'un trouble sous-jacent de l'axe I ou de l'axe II.

? 1 2 3

PASSER À D_x

D. Les symptômes ne sont pas dus à un deuil.

? 1 3

PASSER À D_x

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

1 - sans introduction - 000

(Depuis combien de temps [LE FACTEUR DE STRESS ET LES CONTRETEMPS QU'ILS ONT ENGENDRÉS] ont-ils disparu ?)

E. Une fois le facteur de stress (et ses conséquences) disparus, les symptômes du sujet ne persistent pas plus de 6 mois.

7 1 2 3

16

PASSER Dx

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DU TROUBLE DE L'ADAPTATION SONT COTÉS "3".

1 3

17

PASSER Dx

TROUBLE DE L'ADAPTATION

COTER LA FORME CLINIQUE EN FONCTION DES SYMPTÔMES PRÉDOMINANTS

- 1 AVEC HUMEUR DÉPRESSIVE
(p.ex., humeur dépressive, envie de pleurer et perte d'espoir)
- 2 AVEC HUMEUR ANXIEUSE
(p.ex., nervosité, soucis, fébrilité ou, chez l'enfant, peur d'être séparé de ses proches)
- 3 AVEC HUMEUR ANXIEUSE ET DÉPRESSIVE
(p.ex., une association de symptômes d'anxiété et de dépression)
- 4 AVEC PERTURBATION DU COMPORTEMENT
(une perturbation du comportement comprenant une violation des droits d'autrui ou des principales normes et règles s'appliquant au groupe d'âge du sujet, p.ex., délinquance, vandalisme, imprudence dans la conduite d'un véhicule, bagarres et négligence de ses responsabilités devant la loi).
- 5 AVEC PERTURBATION MIXTE DES ÉMOTIONS ET DU COMPORTEMENT
(p.ex., dépression et perturbation du comportement)
- 6 NON SPÉCIFIÉ
(p.ex., avec plaintes somatiques, retrait social ou inhibition au travail ou dans les études)

18

7 = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infatigable

3 = VRAI ou présence du symptôme

TROUBLE DÉPRESSIF MINEUR

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

J-A

A. Trouble de l'humeur tel que décrit ci-dessous : ? 1 2 3

J-1

(1) Au moins deux (mais moins que 5) symptômes dépressifs ont été présents pendant une même période de 2 semaines et ont représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur : au moins 1 de ces symptômes est soit 1) humeur dépressive, soit 2) perte d'intérêt ou de plaisir

PASSER AU
MODULE
E

J-2

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à effectuer vos tâches à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif) ?

2) Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

J-3

Quelque temps avant le début de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ? Ou preniez-vous des médicaments ? Alcool ? Drogues ?

3) Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

J-4

Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après le décès d'un proche ?

(4) On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; ceux-ci ont persisté pendant plus de 2 mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

DEUIL
SIMPLE

DÉP.
DEUIL
2 À 6 MOIS

DÉPRESSION
MINEURE

J-B

B. N'a jamais eu un épisode de dépression majeure et ne répond pas aux critères d'un trouble dysthymique. ? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
E

C. N'a jamais eu un épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque et ne répond pas aux critères d'un trouble cyclothymique.

Note : cette exclusion ne s'applique pas si les épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques sont causés par des facteurs organiques.

J-C

D) Le trouble ne suivant pas exclusivement ? 1 2 3
lors d'un trouble de schizophrénie, schizophréniforme, schizo-affectif, trouble délirant ou un trouble psychotique N.S.

J-D

CRITÈRES A, B, C, ET D
SONT COTÉS "3".

J-crit

PASSER A
MODULE E

DÉPRESSION
MINEURE

ANNEXE 5

Cotateur:

Date d'aujourd'hui: ____ ____ ____
 Jour mois an

PQ1

Étude # ____

PQ2

ID sujet: ____

PQ3

PERSONNALITÉ ÉVITANTE

CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ ÉVITANTE

A. Caractéristiques dominées par de l'inhibition sociale, sentiments d'inadéquation et hypersensibilité à l'évaluation négative, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par au moins 4 des suivants:

1. Vous avez dit avoir déjà évité des emplois ou autres activités impliquant un grand nombre de contacts avec les gens.

(1) évite les activités professionnelles impliquant des contacts interpersonnels significatifs par peur d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté

? 1 2 3

25

Donnez-moi des exemples.

3 = au moins 2 exemples

Pour quelles raisons évitez-vous ... (exemple) ?

(Avez-vous déjà refusé une promotion parce que cela impliquait trop de contacts avec les gens ?)

2. Vous avez dit que vous évitiez de vous impliquer avec les gens à moins d'être certain qu'ils vont vous aimer.

(2) réticence à se lier aux autres à défaut de garanties solides d'être aimé

? 1 2 3

26

Si vous ne savez pas si quelqu'un vous aime, faites-vous le premier pas ?

3 = ne prends pratiquement jamais l'initiative de créer des liens sociaux avec d'autres personnes

- | | | | | |
|----|--|---|----------------|----|
| 3. | <p>Vous avez dit avoir de la difficulté à vous "ouvrir" aux autres même s'il s'agit de personnes qui sont près de vous.</p> <p>Pour quelles raisons ?
(Avez-vous peur qu'on se moque de vous ou d'être embarrassé ?)</p> | <p>(3) démontre de la retenue dans ses relations intimes par peur d'être humilié ou ridiculisé</p> <p>3 = vrai pour la plupart de ses relations</p> | <p>? 1 2 3</p> | 27 |
| 4. | <p>Vous avez dit être souvent préoccupé par le fait d'être critiqué ou rejeté lors de rencontres sociales.</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p> <p>Passez-vous beaucoup de temps à vous en faire à ce sujet ?</p> | <p>(4) est préoccupé par le fait d'être critiqué ou rejeté en situations sociales</p> <p>3 = un temps considérable est passé à s'en faire à propos de situations sociales</p> | <p>? 1 2 3</p> | 28 |
| 5. | <p>Vous avez dit avoir tendance à demeurer silencieux lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes.</p> <p>Pour quelles raisons ?
(Est-ce parce que vous vous sentez inadéquat ou manquer de confiance en vous ?)</p> | <p>(5) est inhibé lors de nouvelles rencontres sociales à cause de sentiments d'inadéquation</p> <p>3 = reconnaît le trait et plusieurs exemples</p> | <p>? 1 2 3</p> | 29 |
| 6. | <p>Vous avez dit avoir l'impression que vous n'étiez pas aussi bon, intelligent, ou attirant que la plupart des gens.</p> <p>Parlez-moi en.</p> | <p>(6) se voit comme étant socialement inapte, peu attirant ou inférieur aux autres</p> <p>3 = reconnaît la croyance</p> | <p>? 1 2 3</p> | 30 |

7.	Vous avez dit que vous aviez peur d'essayer de nouvelles choses.	(7) est de façon inhabituelle peu enclin à prendre des risques personnels ou à s'engager dans des activités nouvelles par crainte de se retrouver dans l'embarras	?	1	2	3	31
	Est-ce parce que vous avez peur d'être embarrassé ?						
	Donnez-moi des exemples.	3 = plusieurs exemples d'activités évitées par peur d'être embarrassé					

AU MOINS 4 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"

1 3 32



PERSONNALITÉ
ÉVITANTE

PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

A. Caractéristiques dominées par un besoin excessif d'être pris en charge conduisant à des comportements soumissifs, à du cramponnage et à la peur d'être abandonné, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

8. Vous avez dit avoir besoin de nombreux conseils de la part des autres avant de prendre des décisions quotidiennes, e.g., quels vêtements porter ou quels plats commander au restaurant.

(1) a de la difficulté à prendre des décisions quotidiennes sans avoir recours à de nombreux conseils ou à une réassurance excessive de la part des autres

3 = plusieurs exemples

Pouvez-vous me donner des exemples de décisions pour lesquelles vous demandez des conseils ?
(Est-ce que c'est comme ça la plupart du temps ?)

? 1 2 3

33

9. Vous avez dit remettre aux autres la responsabilité de gérer la plupart des domaines importants de votre vie, tels que les finances, l'éducation des enfants ou autres arrangements de vie.

(2) a besoin des autres pour assumer la responsabilité de la plupart des domaines importants de sa vie

(Note: n'inclue pas le simple fait de solliciter un avis ou tout autre comportement conforme à la sous-culture de l'individu)

3 = plusieurs exemples

Donnez-moi des exemples.
(Est-ce plus que de demander un avis ?)
Est-ce ainsi dans la PLUPART des domaines importants de votre vie ?

? 1 2 3

34

10.	<p>Vous avez dit avoir de la difficulté à être en désaccord avec les autres même lorsque vous pensez qu'ils ont tort.</p> <p>Donnez-moi des exemples de situations où il vous a été difficile d'être en désaccord.</p> <p>Que craignez-vous qu'il arrive si vous n'êtes pas d'accord avec quelqu'un ?</p>	<p>(3) a de la difficulté à exprimer son désaccord par peur de perdre le soutien ou l'approbation d'autrui (ne pas inclure les peurs réalistes de représailles)</p> <p>3 = reconnaît le trait et plusieurs exemples</p>	? 1 2 3	35
11.	<p>Vous avez dit avoir de la difficulté à entamer un travail ou une tâche lorsqu'il n'y a personne pour vous aider.</p> <p>Donnez-moi des exemples. Pourquoi est-ce ainsi ?</p> <p>Est-ce parce que vous avez peur de ne pas faire les choses correctement ?</p>	<p>(4) Éprouve de la difficulté à initier ou à faire des choses par soi-même (à cause d'un manque de confiance en son propre jugement ou habiletés plutôt que par manque de motivation ou d'énergie)</p> <p>3 = reconnaît le trait</p>	? 1 2 3	36
12.	<p>Vous avez dit vous être porté volontaire à faire des choses peu agréables plus souvent qu'à votre tour.</p> <p>- Donnez-moi des exemples du genre de choses que vous avez accepté de faire.</p> <p>- Pourquoi acceptez-vous de faire ces choses ?</p>	<p>(5) fait des efforts excessifs pour obtenir du soutien et être pris en charge au point de se rendre volontaire pour des tâches déplaisantes (Note: exclure les cpts visant à atteindre des buts autre que celui de plaire, e.g. obtenir une promotion)</p> <p>3 = reconnaît le trait et au moins un exemple</p>	? 1 2 3	37
13.	<p>Vous avez dit avoir l'habitude de vous sentir inconfortable lorsque vous êtes seul.</p> <p>Pourquoi ? (Est-ce parce que vous avez besoin que quelqu'un prenne soin de vous ?)</p>	<p>(6) se sent inconfortable ou vulnérable lorsque seul dû à des peurs exagérées de ne pas être capable de prendre soin de soi.</p> <p>3 = reconnaît le trait</p>	? 1 2 3	38

14.	Vous avez dit que lorsqu'une relation intime se terminait, vous sentiez rapidement le besoin de trouver quelqu'un d'autre pour prendre soin de vous. Parlez-moi en. (Avez-vous réagit ainsi face à la plupart de vos ruptures ?).	(7) suite à une rupture, recherche hâtivement une autre relation comme source de soutien et de support 3 = survient la plupart du temps lorsqu'une relation se termine	? 1 2 3	39
15.	Vous avez dit que l'idée de vous retrouver seul ou laissé à vous-même vous inquiétait. Est-ce qu'il vous arrive souvent de vous en faire à ce sujet ? Est-ce qu'il y a des périodes où vous vous inquiétez sans arrêt à ce sujet ?	(8) est irréalistement préoccupé par l'idée d'être laissé à soi-même et d'avoir à prendre soin de soi 3 = craintes persistantes et irréalistes	? 1 2 3	40
AU MOINS 5 CRITÈRES SONT COTÉS "3"			1 3	41



PERSONNALITÉ
DÉPENDANTE

**PERSONNALITÉ
OBSESSIVE-COMPULSIVE**
**CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ
OBSESSIVE-COMPULSIVE**

A. Caractéristiques dominées par des préoccupations pour l'ordre, du perfectionnisme, du contrôle mental et interpersonnel au détriment de la flexibilité, l'ouverture et l'efficacité, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 4 des suivants:

16. Vous avez dit que vous accordiez beaucoup d'importance aux détails, à l'ordre et à l'organisation ou que vous aimiez faire des listes et des horaires.
-Donnez-moi des exemples.
-Est-ce qu'il vous arrive d'accorder tellement d'importance à ces choses que vous en perdez la vue d'ensemble ? (i.e. vous voyez les arbres mais pas la forêt ?)
(Est-ce que cela arrive souvent ?)

(1) préoccupé par les détails, les règles, l'ordre, l'organisation, les listes ou les horaires au point où le but principal de l'activité est perdu

? 1 2 3

42

3 = reconnaît le trait et au moins un exemple

17. Vous avez dit avoir de la difficulté à finir vos travaux parce que vous passez trop de temps à faire en sorte que tout soit parfait.
-Donnez-moi des exemples.
-(Combien de fois est-ce arrivé ?)

(2) démontre un perfectionnisme qui interfère avec l'aboutissement d'un objectif (e.g. est incapable de compléter un projet à défaut de satisfaire ses propres standards de qualité)

? 1 2 3

43

3 = plusieurs exemples de tâches incomplètes ou retardées à cause du perfectionnisme

- | | | | | |
|-----|--|--|----------------|----|
| 18. | <p>Vous avez dit être tellement dévoué à votre travail (ou études) qu'il ne vous restait plus de temps pour les autres et pour le plaisir.</p> <p>Est-ce que votre entourage s'est déjà plaint de cette situation ?</p> <p>Parlez-moi en.</p> | <p>(3) dévotion excessive au travail et à la productivité aux dépens d'activités de loisirs et des relations interpersonnelles</p> <p>(Note: ne pas inclure une nécessité économique évidente ou un surplus de travail temporaire)</p> <p>3 = reconnaît le trait ou d'autres en ont fait la remarque</p> | <p>? 1 2 3</p> | 44 |
| | | | | |
| 19. | <p>Vous avez dit avoir des standards moraux très élevés ou des principes bien arrêtés sur ce qui est bien et mal.</p> <p>Donnez-moi des exemples de vos standards ou principes.</p> <p>(Est-ce que vous suivez toujours les règles au pied de la lettre, peu importe ?)</p> <p>SI DONNE UN EXEMPLE RELIGIEUX: est-ce que les personnes qui partagent les mêmes opinions religieuses que vous trouvent que vous êtes trop stricte ou inflexible en ce qui concerne ce qui est bien et mal ?</p> | <p>(4) excessivement consciencieux, scrupuleux et inflexible sur les questions d'éthiques, de moralité ou au niveau de ses valeurs</p> <p>(pour des raisons autres que par identification culturelle ou religieuse)</p> <p>3 = plusieurs exemples où le sujet s'est soumis ou a soumis les autres à des standards moraux élevés et rigides</p> | <p>? 1 2 3</p> | 45 |

- | | | | | |
|-----|--|--|----------------|----|
| 20. | <p>Vous avez dit avoir de la difficulté à jeter des choses parce qu'elles pourraient vous être utiles un jour.</p> <p>Donnez-moi des exemples de choses que vous êtes incapable de jeter.</p> <p>(Jusqu'à quel point votre logement est-il encombré par les choses que vous accumulez ?)</p> | <p>(5) est incapable d'écarter des objets usés et sans valeur même lorsqu'ils n'ont aucune valeur sentimentale</p> <p>3 = se traduit par un encombrement de l'espace de vie</p> | <p>? 1 2 3</p> | 46 |
| 21. | <p>Vous avez dit avoir de la difficulté à accepter l'aide des autres à moins qu'ils ne se conforment à votre façon de faire les choses.</p> <p>Parlez-moi en.
(Est-ce souvent ainsi ?)</p> <p>(Faites-vous souvent les choses par vous-même afin de vous assurer qu'elles soient faites correctement ?)</p> | <p>(6) délègue des tâches ou travaille avec les autres avec réticence à moins qu'ils ne se soumettent exactement à sa façon de faire les choses</p> <p>3 = reconnaît le trait et au moins un exemple</p> | <p>? 1 2 3</p> | 47 |
| 22. | <p>Vous avez dit avoir de la difficulté à dépenser votre argent pour vous et pour les autres même si vous n'êtes pas dans le besoin.</p> <p>Pourquoi ? (Est-ce parce que vous craignez de ne pas en avoir assez le jour où vous en aurez vraiment besoin ?)</p> <p>Parlez-moi d'une dépense que vous n'avez pas faite parce que vous vouliez économiser pour le futur.</p> | <p>(7) adopte un style de dépenses misérable envers soi et les autres, l'argent étant vu comme quelque chose que l'on accumule pour faire face à des catastrophes éventuelles</p> <p>3 = reconnaît le trait et au moins un exemple</p> | <p>? 1 2 3</p> | 48 |

302

- | | | | | |
|-----|--|--|---------|----|
| 23. | Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent d'être tellement certain d'avoir raison que l'opinion des autres vous importait peu.

Parlez-moi en. | (8) démontre de la rigidité et de l'entêtement

3 = reconnaît le trait ou d'autres en ont fait la remarque | ? 1 2 3 | 49 |
| 24. | Vous avez dit que certaines personnes vous ont déjà fait la remarque à l'effet que vous étiez entêté ou rigide.

Parlez-moi en. | | | |

AU MOINS 4 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"

1 3 50



PERSONNALITÉ
OBSESSIVE-
COMPULSIVE

**PERSONNALITÉ
PASSIVE-AGRESSIVE**
**CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ
PASSIVE-AGRESSIVE**

A. Caractéristiques dominées par des attitudes négatives et une résistance passive aux demandes de performance adéquate, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tels qu'indiqué par 4 des suivants:

- | | | | | |
|-----|---|---|---------|----|
| 25. | Vous avez dit que lorsqu'on vous demandait de faire des choses que vous ne vouliez pas faire, vous dites "oui" mais par la suite vous attendiez à la dernière minute ou bien rendiez un travail peu soigné. | (1) résiste passivement à rencontrer ses obligations sociales et occupationnelles | ? 1 2 3 | 51 |
| | Donnez-moi des exemples. | 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple | | |
| 26. | Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent "d'oublier" les choses que vous n'avez pas envie de faire. | | | |
| | Donnez-moi des exemples. | | | |
| 27. | Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent d'avoir le sentiment que les gens ne vous comprennent pas ou ne vous apprécient pas à votre juste valeur. | (2) se plaint d'être incompris et inapprécié des autres | ? 1 2 3 | 52 |
| | Parlez-moi en.
(Vous en plaignez-vous aux autres ?) | 3 = reconnaît le trait | | |

28.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent d'être maussade et d'argumenter avec les autres. Dites-moi quand cela arrive t-il ?	(3) est maussade et porté à argumenter 3 = reconnaît le trait	? 1 2 3	53
29.	Vous avez dit avoir constaté souvent que vos patrons, professeurs, médecins et autres personnes qui sont censées savoir ce qu'elles font, ne le savent pas vraiment. Parlez-moi en.	(4) Critiques ou dédain excessif face aux personnes en position d'autorité... 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	54
30.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de trouver injuste que les autres réussissent mieux que vous. Parlez-moi en.	(5) exprime de l'envie et du ressentiment envers ceux qui semblent avoir du succès ou mieux réussir que lui 3 = exemples d'envie et de ressentiment	? 1 2 3	55
31.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de vous plaindre d'avoir eu plus que votre part de malchances dans la vie. En regardant l'ensemble de votre vie, diriez-vous que le malheur s'abat toujours sur vous ?	(6) exprime de façon exagérée et se plaint de façon persistante de son infortune personnelle 3 = dit que le malheur s'abat toujours sur lui (non limité à une période de vie particulièrement difficile)	? 1 2 3	56
32.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de refuser sèchement de faire ce que l'on vous demande et par la suite de vous sentir mal et d'aller vous excuser. Parlez-moi en.	(7) alterne entre des bravades hostiles et de la contrition 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	57

PERSONNALITÉ DÉPRESSIVE**CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ DÉPRESSIVE**

NOTE: La règle du DSM-IV veut que le diagnostic de personnalité dépressive soit exclu si le comportement survient seulement lors d'épisodes de dépression majeure ou s'il peut être attribué plus adéquatement à un trouble dysthymique. Voir le User's Guide pour une discussion des différentes applications de cette règle.

A. Caractéristiques dominées par des cognitions et des comportements dépressifs, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

33. Vous avez dit être généralement d'humeur peu joyeuse et ne pas prendre beaucoup de plaisir à la vie.

(1) l'humeur habituelle est abattue, sombre, sans entrain, triste, sans gaieté, malheureuse

? 1 2 3

59

3 = reconnaît le trait

Parlez-moi en.

34. Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de vous percevoir comme une personne fondamentalement inapte et de ne pas vous sentir bien dans votre peau.

(2) concept de soi centré autour de croyances d'inadéquation, de dévalorisation et d'un faible estime de soi

? 1 2 3

60

3 = reconnaît le trait

Parlez-moi en.

35. Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de vous abaisser vous-même.

(4) se critique, se blâme et s'abaisse

? 1 2 3

61

3 = reconnaît le trait

Parlez-moi en.

(Est-ce que vous vous blâmez souvent pour des choses qui n'ont pas bien fonctionnées ?)

36.	Vous avez dit penser constamment aux mauvaises choses qui sont arrivées dans le passé et qui pourraient arriver dans le futur. Parlez-moi en.	(4) propension à la rumination et à l'inquiétude 3 = reconnaît le trait	? 1 2 3	62
37.	Vous avez dit avoir tendance à juger les autres sévèrement et à leur trouver facilement des défauts. Donnez-moi des exemples du genre de chose que vous ne tolérez pas facilement chez les autres.	(5) propension à évaluer, critiquer et juger les autres de façon négative 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	63
38.	Vous avez dit croire que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais. Parlez-moi en.			
39.	Vous avez dit vous attendre la plupart du temps à ce que les choses tournent mal. Parlez-moi en.	6) est pessimiste 3 = reconnaît le trait	? 1 2 3	64
40.	Vous avez dit vous sentir souvent coupable pour des choses que vous avez ou n'avez pas faites. Quel genre de choses ?	(7) propension à la culpabilité et aux remords 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	65

**AU MOINS 5 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"**

1 3 66



**PERSONNALITÉ
DÉPRESSIVE**

PERSONNALITÉ PARANOÏDE**CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ PARANOÏDE**

NOTE: ne survient pas exclusivement dans le cours de la schizophrénie, un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou autre trouble psychotique et n'est pas causé directement par les effets physiologiques d'une condition médicale générale.

A. Caractéristiques dominées par de la méfiance et de la suspicion envers les autres de sorte que leurs intentions sont interprétées comme étant malveillantes, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 4 des suivants:

- | | | | | |
|-----|---|---|----------------|----|
| 41. | <p>Vous avez dit devoir faire attention à ce que les gens ne profitent pas de vous ou ne vous fassent pas de mal.
Parlez-moi en.</p> | <p>(1) s'attend sur des bases insuffisantes à ce que les autres l'exploitent, le déçoivent ou veuillent lui faire du mal
3 = reconnaît le trait et au moins un exemple</p> | <p>? 1 2 3</p> | 67 |
| 42. | <p>Vous avez dit passer beaucoup de temps à vous demander si vos amis et collègues de travail étaient dignes de confiance.

Décrivez-moi des situations où cela vous inquiétait.
(Vous sentez-vous ainsi souvent ?)</p> | <p>(2) est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté et la fiabilité de ses amis et collègues
3 = reconnaît que cela caractérise la plupart de ses relations</p> | <p>? 1 2 3</p> | 68 |
| 43. | <p>Vous avez dit que "moins les gens en savent sur vous mieux c'est" de sorte qu'ils ne peuvent pas utiliser ce qu'ils savent contre vous.

Est-ce que cela s'est déjà produit ?
Parlez-moi en.</p> | <p>(3) est peu enclin à se confier aux autres dû à des peurs injustifiées que l'information soit utilisée contre lui pour lui causer du tort
3 = reconnaît que la réticence à se confier est reliée à de la méfiance (pas simplement à la peur d'être rejeté)</p> | <p>? 1 2 3</p> | 69 |

44.	Vous avez dit détecter souvent des menaces cachées ou du mépris dans les choses que les gens disent ou font. Donnez-moi des exemples.	(4) perçoit des menaces cachées dans des remarques ou des faits anodins 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	70
45.	Vous avez dit être du genre rancunier et qu'il vous fallait beaucoup de temps pour pardonner à ceux qui vous ont offensé ou manqué d'égards. Parlez-moi en.	(5) est rancunier, i.e., ne pardonne pas les insultes, les offenses ou les blessures 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	71
46.	Vous avez dit qu'il y a plusieurs personnes à qui vous n'avez pas encore pardonné quelque chose qu'ils vous ont dit ou fait il y a longtemps. Parlez-moi en.			
47.	Vous avez dit être porté à vous mettre facilement en colère et à contre-attaquer lorsque quelqu'un vous critique ou vous insulte. Donnez-moi des exemples. (Est-ce que les autres pensent que vous êtes trop susceptible ?)	(6) perçoit des attaques à son caractère ou des atteintes à sa réputation alors que celles-ci ne sont pas apparentes aux autres et est prompt à réagir avec colère ou à contre-attaquer 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	72

- | | | | | |
|-----|--|--|---------|----|
| 48. | Vous avez dit avoir soupçonné à plusieurs reprises votre conjoint ou partenaire de vous être infidèle. | (7) inquiétude injustifiée sur la fidélité du conjoint ou du partenaire sexuel | ? 1 2 3 | 73 |
|-----|--|--|---------|----|

Parlez-moi en.
 (Quels indices vous ont amenés à penser cela-?)
 (Qu'avez-vous fait à ce propos ?)
 (Est-ce que vos doutes se sont avérés fondés ?)

3 = exemples de doutes injustifiés envers plusieurs partenaires
 OU à plusieurs occasions avec le même partenaire
 OU reconnaît le trait

AU MOINS 4 CRITÈRES
 SONT COTÉS "3"

1 3 74



PERSONNALITÉ
 PARANOÏDE

**PERSONNALITÉ
SCHIZOTYPIQUE****CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ
SCHIZOTYPIQUE**

NOTE: Ne survient pas exclusivement durant le cours de la schizophrénie, un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, autre trouble psychotique ou un trouble pervasif du développement

A. Caractéristiques dominées par des déficits sociaux et interpersonnels se manifestant par un inconfort intense, une capacité réduite à être en relation étroite, des distorsions cognitives ou perceptuelles et des excentricités au plan du comportement, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

49. Vous avez dit que lorsque vous voyez des gens discuter entre eux, vous avez souvent l'impression qu'ils parlent de vous.

Parles-moi en.

(1) Idées de références (exclure les délires de référence)

? 1 2 3

3 = plusieurs exemples

75

50. Vous avez dit avoir le sentiment que certaines choses qui semblent anodines pour la plupart des gens ont vraiment une signification particulière pour vous.

Parles-moi en.

51. Vous avez dit que lorsque vous êtes entouré de gens, vous avez souvent l'impression d'être fixé du regard ou surveillé.

Parlez-moi en davantage.

52.	Vous avez dit avoir déjà eu le sentiment d'être capable de faire en sorte que des choses arrivent juste en y pensant ou en le souhaitant. - Parlez-moi en. (En quoi cela vous a-t-il affecté ?)	(2) croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui sont incompatibles avec les normes sous-culturelles (e.g. superstitions, clairvoyance, télépathie, ou sixième sens)	? 1 2 3	76
53.	Vous avez dit avoir déjà eu des expériences de nature surnaturelle. - Parlez-moi en. (En quoi cela vous a-t-il affecté ?)	3 = plusieurs exemples de phénomènes influençant le comportement et qui sont incompatibles avec les normes sous-culturelles		
54.	Vous avez dit avoir un "sixième sens" qui vous permet de savoir et de prédire des choses que les autres ignorent. - Parlez-moi en. (En quoi cela vous affecte-t-il ?)			
55.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de confondre des objets ou des ombres pour des personnes ou des animaux, ou bien des bruits pour des voix. - Donnez-moi des exemples. (Buviez-vous ou preniez-vous des drogues à cette époque ?)	(3) expériences perceptuelles inhabituelles, incluant illusions corporelles 3 = plusieurs exemples d'expériences inhabituelles non causées par une substance ou une condition médicale générale	? 1 2 3	77
56.	Vous avez dit avoir déjà eu la sensation qu'une personne ou une force vous entourait même si vous ne pouviez pas la voir. - Parlez-moi en. (Buviez-vous ou preniez-vous des drogues à cette époque ?)			

57.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de voir l'Aura ou le champ énergétique des gens. - Parlez-moi en. (Buviez-vous ou preniez-vous des drogues à cette époque?)	(Coter au critère 3)		
	OBSERVÉ EN ENTREVUE	(4) bizarreries du mode de pensée ou du discours (e.g discours vague et circonstanciel, métaphorique, sur-élaboré ou stéréotypé)		78
	PRÉSENT SI LE CRITÈRE (1), (2), (3), (4), OU (7) de la personnalité PARANOÏDE EST COTÉ "3"	(5) esprit soupçonneux ou idéation paranoïde		79
	OBSERVÉ EN ENTREVUE	(6) affect inapproprié ou émoussé		80
	OBSERVÉ EN ENTREVUE	(7) comportement ou apparence bizarre ou excentrique-		81
58.	Vous avez dit qu'il y avait peu de gens en dehors de votre famille immédiate avec qui vous entreteniez des rapports étroits. Combien de bons amis avez-vous ?	(8) pas d'amis proches ou de confidents en dehors de la famille au premier degré 3 = pas d'amis proches	? 1 2 3	82

59.	Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de vous sentir nerveux lorsque vous étiez avec d'autres personnes. Qu'est-ce qui vous rend nerveux ? (Êtes-vous moins anxieux s'il s'agit de gens que vous connaissez ?)	(9) anxiété sociale excessive qui ne diminue pas avec la familiarité et qui tend à être associée à des peurs paranoïdes plutôt qu'à une évaluation négative de soi 3 = reconnaît la présence d'anxiété excessive reliée à de la méfiance quant aux intentions des autres	? 1 2 3	83
AU MOINS 5 CRITÈRES SONT COTÉS "3"			1 3	84

↓
PERSONNALITÉ
SCHIZOTYPIQUE

PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

NOTE: ne survient pas exclusivement dans le cours de la schizophrénie, un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, autre trouble psychotique ou un trouble du développement et n'est pas causé directement par les effets physiologiques d'une condition médicale générale.

CRITÈRES DX de la PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

A. Caractéristiques dominées par un détachement envers les relations sociales et une gamme restreinte d'émotions exprimées en situations interpersonnelles, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 4 des suivants:

- | | | | | |
|-----|---|---|----------------|----|
| 60. | <p>Vous avez dit que de façon générale il vous était égal d'avoir ou non quelqu'un avec qui entretenir des liens étroits.</p> <p>Parlez-moi en.
(Et votre famille elle ?)</p> | <p>(1) aucun désir ou plaisir à être en relation étroite avec quelqu'un incluant faire partie d'une famille</p> <p>3 = reconnaît le trait</p> | <p>? 1 2 3</p> | 85 |
| 61. | <p>Vous avez dit que la plupart du temps vous préféreriez faire des choses seul plutôt qu'avec les autres.</p> <p>(Est-ce vrai tant au travail que durant vos temps libres ?)</p> | <p>(2) choisit presque toujours des activités solitaires</p> <p>3 = reconnaît le trait</p> | <p>? 1 2 3</p> | 86 |

62.	Vous avez dit que vous pourriez ne jamais être sexuellement intime avec quelqu'un et être heureux quand même. Parlez-moi en davantage. (Est-ce que vous avez toujours eu peu d'intérêt pour le sexe ?)	(3) a peu ou aucun intérêt pour les relations sexuelles 3 = reconnaît le trait	? 1 2 3	87
63.	Vous avez dit qu'il y a très peu de choses dans lesquelles vous prenez plaisir. Parlez-moi en. (Et par rapport aux choses plus physiques, comme manger un bon repas ou avoir une relation sexuelle ?)	(4) prend plaisir dans peu, voir aucune, activités Note: l'absence de plaisir s'applique particulièrement aux expériences sensorielles, corporelles et interpersonnelles 3 = reconnaît le trait	? 1 2 3	88
	VOIR L'ITEM (4) de la personnalité SCHIZOTYPIQUE	(5) n'a pas d'amis proches ou de confidents en dehors de la famille au premier degré	? 1 2 3	89
64.	Vous avez dit être généralement indifférent à ce que les autres pensent de vous. Comment vous sentez-vous lorsque les gens vous complimentent ou vous critiquent ?	(6) semble indifférent à l'appréciation et à la critique d'autrui 3 = prétend être indifférent à l'appréciation et à la critique d'autrui	? 1 2 3	90

65. Vous avez dit qu'il n'y avait rien qui vous rendait très triste ou très joyeux.
Parlez-moi en.

(7) démontre une froideur émotive, du détachement ou un affect plat (CONSIDÉRER AUSSI LE COMPORTEMENT EN ENTREVUE)

? 1 2 3

91

3 = ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur

AU MOINS 4 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"

1 3

92



PERSONNALITÉ
SCHIZOÏDE

PERSONNALITÉ
HISTRIONIQUECRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ
HISTRIONIQUE

A. Caractéristiques dominées par une émotivité et une recherche d'attention excessive, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

66.	Vous avez dit que vous aimiez être le centre de l'attention.	(1) est inconfortable dans les situations où il ou elle n'est pas le centre de l'attention	? 1 2 3	93
	Comment vous sentez-vous lorsque vous ne l'êtes pas ?	3 = se sent inconfortable lorsqu'il ou elle n'est pas le centre de l'attention		
67.	Vous avez dit être du genre à flirter beaucoup.	(2) comportements de séduction ou de provocation sexuellement inappropriés et fréquents	? 1 2 3	94
	Est-ce que quelqu'un s'en est déjà plaint ? (CONSIDÉRER AUSSI LE CPT EN ENTREVUE)	3 = reconnaît avoir eu des plaintes à ce propos, décrit des comportements inappropriés, ou est observé en entrevue		
68.	Vous avez dit faire souvent des "avances" aux gens.			
	Parlez-moi en. (CONSIDÉRER AUSSI LE CPT EN ENTREVUE)			
	OBSERVÉ EN ENTREVUE	(3) changements rapides dans l'expression des émotions et expression émotive superficielle	? 1 2 3	95

69.	Vous avez dit utiliser votre façon de vous vêtir ou votre apparence pour vous faire remarquer. Comment faites-vous ? Faites-vous cela tout le temps ?	(4) utilise constamment son apparence physique pour attirer l'attention 3 = donne un exemple et reconnaît que le comportement est constant	? 1 2 3	96
	OBSERVÉ EN ENTREVUE	(5) discours caractérisé par de l'hyperbole ou de l'exagération et par l'absence de détails		97
70.	Vous avez dit avoir tendance à vous exprimer de façon colorée et dramatique. Parlez-moi en. (Aimez-vous manifester vos émotions avec intensité, comme par exemple, serrer les gens dans vos bras même si vous les connaissez peu ou encore pleurer très facilement ?)	(6) expression émotive théâtrale, dramatique et exagérée 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	98
71.	Vous avez dit changer facilement d'idées ou d'opinions en fonction des gens avec qui vous êtes ou de ce que vous venez tout juste de lire ou de voir à la télé. Parlez-moi en davantage.	(7) est facilement influencé par les autres ou les circonstances 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	99

72.	Vous avez dit avoir beaucoup d'amis avec qui vous entretenez des liens très étroits.	(8) considère ces relations comme étant plus intimes qu'elles ne le sont vraiment	? 1 2 3	100
-----	--	---	---------------	-----

Combien ? Qui sont-ils ?

3 = prétend avoir beaucoup trop de relations "étroites" pour que cela soit crédible

AU MOINS 5 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"

1

3

101



PERSONNALITÉ
HISTRIONIQUE

**PERSONNALITÉ
NARCISSIQUE****CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ NARCISSIQUE**

A. Caractéristiques dominées par de la grandiosité (fantasmes ou comportements), le besoin d'admiration et un manque d'empathie, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

- | | | | | |
|-----|---|--|---------|-----|
| 73. | Vous avez dit que les gens sont souvent incapables d'apprécier la nature spéciale de vos talents et de vos accomplissements.
-Donnez-moi un exemple. | (1) sens grandiose de sa propre importance (e.g. exagère ses talents et accomplissements, s'attend à être reconnu comme quelqu'un de supérieur sans avoir accompli rien de particulier) | ? 1 2 3 | 102 |
| 74. | Vous avez dit que certaines personnes vous ont fait la remarque à l'effet que vous aviez une trop haute opinion de vous-même.
-Donnez-moi des exemples | 3 = au moins un exemple de grandiosité | | |
| 75. | Vous avez dit penser beaucoup à la gloire, au pouvoir et à la reconnaissance que vous aurez un jour.
-Parlez-moi en davantage. (Combien de temps passez-vous à penser à ces choses?) | (2) est préoccupé par des fantaisies de succès, de pouvoir, de gloire, de beauté, et d'amour idéal

3 = beaucoup de temps consacré à rêvasser ou à poursuivre des buts irréalistes | ? 1 2 3 | 103 |
| 76. | Vous avez dit penser beaucoup au grand amour que vous vivrez un jour.
Parlez-moi en davantage. (Combien de temps passez-vous à penser à cela ?) | | | |

77.	Vous avez dit insister la plupart du temps pour que vos problèmes soient traités par un expert. Donnez-moi des exemples. (Pourquoi tenez-vous à voir un expert ?)	(3) croit qu'il ou elle est spéciale et unique et ne peut être compris que par, ou ne devrait être associé qu'à, d'autres personnes (ou institutions) spéciales ou de haut statut 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	104
78.	Vous avez dit qu'il était important pour vous de fréquenter des gens importants ou influents. Pourquoi ?			
79.	Vous avez dit qu'il était important que les gens portent attention à vous ou qu'ils vous admirent d'une façon quelconque. Parlez-moi en davantage.	(4) requiert une admiration excessive 3 = reconnaît le trait et au moins un exemple	? 1 2 3	105
80.	Vous avez dit penser qu'il n'était pas nécessaire de suivre certaines règles ou conventions sociales si elles interfèrent avec ce que vous tentez d'accomplir. Donnez-moi des exemples.	(5) sentiment non fondé d'avoir droit à des traitements de faveur ou que l'on se conforme automatiquement à ses désirs 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	106
81.	Vous avez dit avoir le sentiment de mériter un traitement de faveur. Pour quelles raisons ?			

82.	Vous avez dit qu'il vous était souvent nécessaire de "piller sur les pieds" des autres pour obtenir ce que vous vouliez.	(6) exploite ses relations interpersonnelles ou profite des autres pour arriver à ses propres fins	? 1 2 3	107
	Parlez-moi de situations où c'est arrivé. (Est-ce que cela arrive souvent ?)	3 = plusieurs exemples d'exploitation interpersonnelle		
83.	Vous avez dit être souvent dans l'obligation de faire passer vos besoins avant ceux des autres.			
	Donnez-moi des exemples.			
84.	Vous avez dit vous attendre à ce que les gens fassent ce que vous leur demandez sans avoir à leur fournir d'explications.			
	Pourquoi ? (Juste parce que c'est vous qui le demandez ?) (Est-ce que cela arrive souvent ?)			
85.	Vous avez dit avoir peu d'intérêt pour les problèmes ou les sentiments des autres. Parlez-moi en.	(7) manque d'empathie: peu enclin à reconnaître ou à s'identifier aux sentiments et besoins des autres	? 1 2 3	108
86.	Vous avez dit que certaines personnes se sont déjà plaintes que vous ne les écoutiez pas ou ne vous préoccupiez pas de leurs problèmes. Parlez-moi en.	3 = reconnaît le trait OU plusieurs exemples		

- | | | | | |
|-----|---|---|---------------|-----|
| 87. | Vous avez dit être souvent envieux des autres.

Parlez-moi en.
(À quelle fréquence éprouvez-vous ce sentiment ?) | (8) est souvent envieux des autres ou croient que les autres l'envient

3 = reconnaît le trait et au moins un exemple | ? 1 2 3 | 109 |
|-----|---|---|---------------|-----|

- | | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| 88. | Vous avez dit avoir fréquemment le sentiment que les autres vous envient.

Qu'est-ce qu'ils envient de vous ? | | | |
|-----|---|--|--|--|

- | | | | | |
|-----|--|--|---------------|-----|
| 89. | Vous avez dit qu'il y avait très peu de gens qui méritait que vous leur consacriez votre temps ou votre attention. | (9) affiche des attitudes ou des comportements arrogants et hautains (CONSIDÉRER AUSSI LE COMPORTEMENT EN ENTREVUE)

3 = reconnaît le trait ou observé en entrevue | ? 1 2 3 | 110 |
|-----|--|--|---------------|-----|

**AU MOINS 5 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"**

1 3 111



**PERSONNALITÉ
NARCISSIQUE**

**PERSONNALITÉ
BORDERLINE****CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ BORDERLINE**

A. Caractéristiques dominées par une instabilité au plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi, de l'affect, et par une impulsivité marquée, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

- | | | | | |
|-----|---|--|----------------|-----|
| 90. | <p>Vous avez dit qu'il vous était arrivé souvent de faire des efforts démesurés ou de poser des gestes excessifs pour empêcher qu'une personne à laquelle vous tenez vraiment vous quitte.</p> <p>Quel genre de choses avez-vous faites ?
(Avez-vous déjà menacé ou supplié quelqu'un de ne pas vous quitter ?)</p> | <p>(1) efforts frénétiques pour éviter l'abandon réel ou imaginé (NE PAS INCLURE LES CPTS SUICIDAIRES OU AUTO-MUTILATOIRES COUVERTS À L'ITEM (5))</p> <p>3 = plusieurs exemples</p> | <p>? 1 2 3</p> | 112 |
| 91. | <p>Vous avez dit que vos relations interpersonnelles significatives ont beaucoup de "hauts et de bas".</p> <p>Parlez-moi en.
(Est-ce qu'il y a des moments où vous penser que ces personnes ont toutes les qualités que vous avez toujours recherchées et d'autres moments où vous pensez exactement le contraire ?)
(Combien de relations semblables avez-vous eu ?)</p> | <p>(2) patron de relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisé par une alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation</p> <p>3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations brèves dans lesquelles ce patron d'alternance est survenu à au moins 2 reprises</p> | <p>? 1 2 3</p> | 113 |

- | | | | | |
|-----|---|--|---------|-----|
| 92. | Vous avez dit qu'il vous était arrivé de changer subitement votre façon de vous définir en tant qu'individu et vos objectifs de vie. | (3) perturbation de l'identité: instabilité prononcée et persistante de l'image de soi ou sentiment de soi | ? 1 2 3 | 114 |
| | Donnez-moi des exemples de cela. | (Note: ne pas inclure l'incertitude normale de l'adolescence) | | |
| | | 3 = reconnaît le trait | | |
| 93. | Vous avez dit que votre sentiment d'identité personnelle change souvent de façon dramatique. | | | |
| | Parlez-moi en davantage. | | | |
| 94. | Vous avez dit que votre façon d'être diffère tellement selon les personnes avec qui vous êtes et selon les circonstances que parfois vous ne savez plus vraiment qui vous êtes. | | | |
| | Donnez-moi des exemples de cela. (Vous sentez-vous ainsi souvent ?) | | | |
| 95. | Vous avez dit avoir souvent changé d'idées par rapport à vos buts à long terme, plans de carrière, croyances religieuses etc. | | | |
| | Parlez-moi en davantage. | | | |

96.	<p>Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de faire des choses de façon très impulsive.</p> <p>Quel genre de choses ?</p> <p>(Comme par exemple ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - acheter des choses sans en avoir vraiment les moyens ? - avoir des relations sexuelles non-protégées ou avec des personnes que vous ne connaissez pratiquement pas ? - trop boire ou prendre des drogues ? - conduire de façon imprudente ? - faire des excès alimentaires ? <p>SI OUI À UNE OU L'AUTRE DE CES QUESTIONS: parlez-moi de cela. Combien de fois est-ce arrivé ? Quel genre de problèmes cela vous a-t-il causé ?</p>	<p>(4) impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables (e.g., dépenses, activités sexuelles, abus de substance, conduite dangereuse, frénésies alimentaires).</p> <p>(NE PAS INCLURE LES CPTS SUICIDAIRES OU MUTILATOIRES COUVERTS À L'ITEM (5)).</p> <p>3 = plusieurs exemples démontrant un patron de comportements impulsifs (pas nécessairement limité aux exemples cités ci-dessus)</p>	? 1 2 3	115
97.	<p>Vous avez dit avoir déjà tenté ou menacé de vous blesser ou de vous enlever la vie.</p>	<p>(5) comportements, menaces ou gestes suicidaires ou d'auto-mutilation récurrents</p>	? 1 2 3	116
98.	<p>Vous avez dit vous être déjà infligé de façon intentionnelle des coupures, des brûlures ou des égratignures sévères.</p> <p>Parlez-moi en.</p>	<p>3 = deux événements ou plus (à des moments autres que lors d'un épisode de dépression majeure)</p>		

- | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-----|
| 104. | Vous avez dit que lors de périodes de stress intenses, il vous était arrivé de devenir méfiant(e) envers les autres ou de vous sentir particulièrement confus(e) et désorienté(e) | (9) idéation paranoïde ou symptômes dissociatifs sévères transitoires et reliés à des stressseurs | ? | 1 | 2 | 3 | 120 |
|------|---|---|---|---|---|---|-----|

Parlez-moi en.

3 = plusieurs exemples qui ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques

AU MOINS 5 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"

1 3 121



PERSONNALITÉ
BORDERLINE

**PERSONNALITÉ
ANTISOCIALE****CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ ANTISOCIALE**

Note: le comportement ne survient pas exclusivement au cours de la schizophrénie ou d'un épisode maniaque

		B. Âge courant: 18 ans et plus	1	3	122
		C. Évidence d'un trouble de conduite débutant avant l'âge de 15 ans tel qu'indiqué par 2 ou plus des suivants:			
105.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez souvent malmené, menacé ou intimidé d'autres enfants.	(1) a souvent malmené, menacé ou intimidé les autres avant l'âge de 15 ans	? 1 2 3		123
	Parlez-moi en.				
106.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, il vous est arrivé souvent de commencer des bagarres.	(2) initiation fréquente de batailles avant l'âge de 15 ans	? 1 2 3		124
	Combien de fois est-ce arrivé ?				
107.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez déjà blessé ou menacé quelqu'un avec un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau ou un fusil.	(3) a utilisé un arme pouvant causé des dommages physiques sérieux avant l'âge de 15 ans, (e.g. bâton, brique, bouteille cassée, couteau, fusil)	? 1 2 3		125
	Parlez-moi en.				

108.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez délibérément maltraité ou infligé une souffrance physique à quelqu'un. Qu'avez-vous fait ?	(4) cruauté physique envers les personnes avant l'âge de 15 ans	?	1	2	3	126
109.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez maltraité ou blessé des animaux de façon intentionnelle. Qu'avez-vous fait ?	(5) cruauté physique envers les animaux avant l'âge de 15 ans	?	1	2	3	127
110.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez volé, dévalisé ou pris par la force des choses en menaçant quelqu'un. Parlez-moi en.	(6) a volé en confrontant une victime avant l'âge de 15 ans (e.g. assaut, extorsion; vol de sac à mains, attaque à main armée)	?	1	2	3	128
111.	Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles, à se dévêtir ou à vous faire des attouchements sexuels. Parlez-moi en.	(7) a forcé quelqu'un à avoir des activités sexuelles avant l'âge de 15 ans	?	1	2	3	129

- | | | | | |
|------|--|--|---------|-----|
| 112. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez allumé intentionnellement un incendie. | (8) a délibérément allumé un incendie avec l'intention de causé des dommages sérieux, avant l'âge de 15 ans | ? 1 2 3 | 130 |
| | Parlez-moi en. | | | |
| 113. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez délibérément endommagé des choses qui ne vous appartenaient pas. | (9) a délibérément détruit le bien d'autrui avant l'âge de 15 ans | ? 1 2 3 | 131 |
| | Qu'avez-vous fait ? | | | |
| 114. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous vous êtes introduit par infraction dans une maison, un immeuble ou une voiture. | (10) s'est déjà introduit par infraction dans un immeuble, une maison, ou une voiture avant l'âge de 15 ans | ? 1 2 3 | 132 |
| | Parlez-moi en. | | | |
| 115. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous mentiez beaucoup. | (11) mensonges répétés afin d'obtenir des faveurs ou de se soustraire à des obligations avant l'âge de 15 ans | ? 1 2 3 | 133 |
| | À quel sujet mentiez-vous ? | | | |
| 116. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, il vous est arrivé de voler à l'étalage, de falsifier une signature, ou de dérober des choses qui ne vous appartenaient pas. | (12) a volé des objets de valeur sans confrontation avec une victime avant l'âge de 15 ans (e.g. vol à l'étalage, contrefaçon, etc.) | ? 1 2 3 | 134 |
| | Parlez-moi en. | | | |

- | | | | | |
|------|---|---|---------|-----|
| 117. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous vous êtes déjà sauvé de la maison et avez passé la nuit à l'extérieur. | (13) s'est sauvé de la maison parentale la nuit à au moins deux reprises ou une seule fois sans y retourner pour une longue période, avant l'âge de 15 ans. | ? 1 2 3 | 135 |
| | Est-ce arrivé plus d'une fois ? | | | |
| | (Avec qui habitiez-vous à cette époque ?) | | | |
| | | | | |
| 118. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans , il vous arrivait souvent de rentrer à la maison à des heures tardives, bien après l'heure convenue par vos parents. | (14) est souvent rentré à la maison à des heures tardives en dépit de l'interdiction parentale, avant l'âge de 13 ans . | ? 1 2 3 | 136 |
| | À combien de reprises ? | | | |
| | | | | |
| 119. | Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans , il vous arrivait souvent de faire l'école buissonnière. | (15) absences injustifiées et répétées de l'école avant l'âge de 13 ans | ? 1 2 3 | 137 |

**AU MOINS 3 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"**

1

3

138

Va au
Trouble
NOS
page 49

**TROUBLE DE
CONDUITE**
(critère C)
CONTINUE

PERSONNALITÉ
ANTISOCIALECRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Depuis l'âge de 15 ans ...

Avez vous fait des choses qui sont contre la loi, même si vous n'avez pas été pris, comme voler, consommer ou vendre des drogues, faire de faux chèques, ou vous prostituer ?

A. Caractéristiques dominées par le non-respect et la violation des droits d'autrui depuis l'âge de 15 ans tel qu'indiqué par 3 ou plus des suivants:

(1) défaut de se conformer à des normes sociales en regard d'un comportement respectant la loi tel qu'indiqué par la commission d'actes motivant une arrestation

? 1 2 3

139

3 = plusieurs exemples

SI NON: avez-vous déjà été arrêté ?

Avez-vous souvent à mentir pour obtenir ce que vous voulez ?

(2) peu de considération pour la vérité tel qu'indiqué par des mensonges répétés, l'usage de faux noms ou escroqueries pour son profit personnel ou par plaisir

? 1 2 3

140

(Avez-vous déjà utilisé un faux nom ou prétendu être quelqu'un d'autre?)

(Avez-vous souvent utilisé de faux prétextes pour obtenir des autres ce que vous vouliez ?, i.e. arnaqué ou escroqué des gens)

3 = plusieurs exemples

Faites-vous souvent des choses sur le coup du moment sans penser aux conséquences que cela pourrait avoir sur vous ou sur les autres ?

(3) impulsivité ou défaut de prévoir à l'avance

? 1 2 3

141

3 = plusieurs exemples

Quel genre de choses ?

Y a t-il déjà eu une période dans votre vie où vous n'aviez pas d'endroit fixe pour demeurer ?

(Combien de temps ?)

(Depuis l'âge de 15 ans) Avez-vous
été impliqué dans des batailles ?
(Combien de fois ?)

(4) irritabilité et agressivité tel
qu'indiqué par des assauts ou
des batailles répétées

? 1 2 3

142

Avez-vous déjà frappé ou lancé
des objets à votre conjoint(e) ou
partenaire ?
(Combien de fois ?)

3 = plusieurs exemples

Avez-vous déjà frappé un enfant, le
votre ou celui d'un autre, au point où
il a eu des marques, a du garder le
lit ou voir un médecin ?
Parlez-moi en.

Avez-vous menacé ou blessé
physiquement quelqu'un d'autre ?

Vous arrive t-il de conduire votre
voiture lorsque vous avez bu ou
consommé des drogues ?

(5) conduite imprudente, peu de
considération pour sa propre
sécurité ou celle des autres

? 1 2 3

143

Combien de contraventions pour
excès de vitesse ou d'accidents
d'automobile avez-vous eu ?

3 = plusieurs exemples

Utilisez-vous toujours une protection
lorsque vous avez une relation
sexuelle avec quelqu'un que vous
connaissiez très peu ?

(Est-ce que quelqu'un vous a déjà
dit que vous aviez placé en situation
dangereuse un enfant dont vous
aviez la responsabilité ?)

Combien de temps au cours des 5 dernières années avez-vous été sans emploi ?

SI POUR UNE PÉRIODE PROLONGÉE: pourquoi ?
(Est-ce qu'il y avait du travail de disponible ?)

(6) irresponsabilité constante tel qu'indiqué par une incapacité à conserver un emploi stable ou à honorer ses obligations financières

3 = plusieurs exemples

? 1 2 3

144

Lorsque vous aviez un emploi, étiez-vous souvent absent ?

SI OUI: pourquoi ?

Avez-vous déjà quitté un emploi sans en avoir un autre de prévu ?

SI OUI: Combien de fois est-ce arrivé ?

Avez-vous déjà emprunté de l'argent à des gens sans les rembourser par la suite ?

(Combien de fois ?)

Vous est-il arrivé de ne pas payer la pension ou de ne pas donner l'argent pour un enfant ou quelqu'un d'autre qui dépendait de vous ?

SI ÉVIDENCE D'ACTES
ANTISOCIAUX ET QUE
L'ABSENCE DE REMORDS
N'A PAS ÉTÉ ÉTABLI:

Comment vous sentez-vous par
rapport aux choses que vous avez-
faites ? (liste des cpts antisociaux)

(Pensez-vous que ce que vous avez
fait n'était pas correct ?)

(7) absence de remords tel
qu'indiqué par de l'indifférence
ou de la rationalisation face aux
actes antisociaux commis

3 = absence de remords

? 1 2 3 145

AU MOINS 3 ITEMS
DU CRITÈRE A
SONT COTÉS "3"

1 3 146

↓

LES CRITÈRES A, B et C
SONT COTÉS "3"

1 3 147

↓

PERSONNALITÉ
ANTISOCIALE

APPENDIX 6
APPENDED QUESTIONS

Relations sociales

1. Quelle était la réaction de la famille face à la maladie de S ? (L'acceptait-elle ?)
2. Est-ce que S a perdu des amis à la suite de son diagnostic ?
Si oui : Comment a-t-il vécu cela ?
3. La famille était-elle impliquée dans le traitement de la maladie de S ?
Si oui : Comment se sentait-elle face à cette responsabilité ?
4. Savez-vous comment S se sentait lors de ses congés de l'hôpital ?
5. Où vivait S lors d'un congé de l'hôpital ? (famille, foyer d'accueil, logement seul / coloc, etc.)
6. Comment l'entourage réagissait-il ? (S était-il bien accueilli ?)

Association entre le suicide l'état de conscience de la maladie (awareness of illness)

1. Jusqu'à quel point S était conscient de sa maladie ? (En parlait-il ?)
2. Comment se sentait S face à sa maladie ? (L'acceptait-il ? Comment le manifestait-il ?)
Si non : Est-ce que le fait de ne pas accepter et de s'adapter à sa maladie le portait à avoir des pensées suicidaires ? (En parlait-il ?)

3. S semblait-il être en détresse dans les semaines précédant son décès ?

Si oui : Comment sa détresse se manifestait-elle ? (En parlait-il ? Se sentait-il désespérer face à sa maladie ? S avait-il l'impression de ne jamais pouvoir s'en sortir ?)

4. S prenait-il régulièrement ses médicaments ?

Si non : Pourquoi ? (Était-ce lié au fait qu'il avait de la difficulté à accepter sa maladie ?)

Fonctionnement prémorbide (avant l'apparition de la maladie)

1. Comment fonctionnait S avant l'apparition de sa maladie ? (travail, loisirs, réseau social, etc.)
2. Comment son état a-t-il évolué ? (comportement, fonctionnement, etc.). Expliquez.
3. Est-ce qu'il y a eu des changements au niveau de l'estime de soi de S à la suite du diagnostic et au cours du développement de sa maladie ? (S se sentait-il bien dans sa peau ? S se percevait-il de façon négative - *bon à rien* - à cause de sa maladie ?) Expliquez.

APPENDIX 7

VALIDATION QUESTIONNAIRE FOR THE CONTROL GROUP

1. Diagnostic

À quel âge a-t-on posé un diagnostic pour votre trouble psychotique ?

Par qui ce diagnostic a-t-il été posé ?

Quel était votre diagnostic ?

Depuis combien de temps éprouviez-vous des symptômes avant ce diagnostic ?

Quels étaient ces symptômes ?

2. Relations sociales

2.1 Comment votre famille a-t-elle réagit lorsqu'elle a été informée de votre problème de santé mentale ? (L'acceptait-il ?)

2.2 Avez-vous perdu des amis à la suite l'annonce de votre diagnostic ?

Si oui : Comment avez-vous vécu cela ?

Votre famille a-t-elle impliquée, à un moment ou à un autre, dans le traitement de votre maladie ? ____ Si oui : Les avez-vous senti dépassé par la situation ? Expliquez.

2.4.1 Avez-vous déjà été hospitalisé ? ____ Si oui, combien de fois ? ____

2.4.2 Comment vous sentiez-vous lors de votre (vos) congé(s) de l'hôpital ?

2.4.3 Une fois votre (vos) congé(s) de l'hôpital reçu (s), à quel endroit viviez-vous ? (famille, foyer d'accueil, logement seul / coloc, etc.)

2.4.4 Avez-vous été bien accueilli ?

3. Association entre le suicide l'état de conscience de la maladie (awareness of illness)

3.1 Est-ce que le fait de recevoir ce diagnostic a changé quelque chose dans votre façon de vivre, de vous définir en tant que personne ou d'entrevoir votre avenir ?

3.2 Est-ce que vous avez du apporter des changements à votre vie ?

Si oui, lesquels ?

3.3 Jusqu'à quel point vous acceptez cette nouvelle situation provoquée par votre diagnostic ?

3.4 Actuellement, consommez-vous régulièrement des médicaments ?

3.5 Avez-vous déjà cessé de les prendre, si oui, pourquoi ?

4. *Fonctionnement prémorbide (avant l'apparition de la maladie)*

4.1 Comment fonctionniez-vous avant l'apparition de votre maladie (problème de santé psychologique) ? (travail, loisirs, réseau social, etc.)

4.2 Comment votre état a-t-il évolué ? (comportement, fonctionnement, etc.). Expliquez.

4.3 L'annonce de votre diagnostic a-t-elle changé la valeur ou l'estime que vous accordez à votre personne ?

4.4 Vous arrive-t-il de vous sentir dévalorisé ou de vous percevoir de façon négative à cause de la maladie ? Pouvez-vous m'en parler davantage.

5. SUICIDE

5.1.1 Dans un autre ordre d'idée, est-ce qu'un de vos proches a commis une tentative de suicide ou un suicide ? _____ Si oui, quand et dans quelles circonstances l'avez-vous appris ?

5.1.2. Comment avez-vous réagit face à cette nouvelle ?

5.2.1 Dans la période suivant l'annonce de votre diagnostic, vous est-il arrivé d'avoir des pensées suicidaires ? _____ Si oui, pourquoi ?

- 5.2.2 (Est-ce lié au fait que vous aviez du mal à accepter votre diagnostic ou encore que vous vous sentiez incapable de faire à votre problème de santé mentale ?
- 5.3.1 Au cours de l'évolution de votre problème de santé mentale, avez-vous vécu des moments de détresse ? ____ Si oui, comment cette détresse s'est-elle manifestée ? Quels étaient vos sentiments sur le moment ?
- 5.3.2 Vous êtes-vous confié à quelqu'un ?
- 5.3.3 Comment avez-vous réussi à vous en sortir ?

APPENDIX 8

VARIABLE DEFINITIONS AND CODIFICATION PROCEDURE

Variables:

I. Subject's awareness of abnormality or of illness

II. Subject's acceptance of illness and suicide

III. Subject's acceptance of treatment

IV. Family's acceptance of subject's illness

V. Family's involvement in S's treatment

I. Subject's awareness of abnormality or of illness:

- **Definition:**

Refers to being **aware, conscious of** the fact that one is not feeling well mentally, is mentally confused/perturbed or mentally ill. Acknowledging schizophrenia per se as being the cause of the strange mental state is not necessary. *Recognition that one is acting and thinking in a strange manner*, i.e. differently from others around him, is required however. One is aware of being "abnormal" but may refuse to interpret one's abnormality as being caused by the medical diagnosis of schizophrenia.

- **Codification:** There are two categories of codification for this variable : **1 – 0**
1 = "Aware that he is different or abnormal compared to others or mentally ill":

The subject must have been completely or somewhat aware, at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group, that he was schizophrenic or there was something within himself making him different mentally/abnormal from others which was causing him to act and think

differently from others as indicated by the respondent and/or medical records. The subject must have been completely or somewhat conscious of this fact as described by the respondent.

0 = *“Unaware that he is different or abnormal compared to others”:*

In order to attribute this code, the subject must have **been mostly unaware (unconscious) of his schizophrenia or his strange/abnormal mental state** at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group. This means that he would not be aware that there was something within himself making him different/abnormal than others which was causing him to act and think differently from others, as indicated by the respondent.

99 = *insufficient information.*

II. Subject's acceptance of illness and suicide

1. Subject's acceptance of illness

- **Definition:**

Refers to the subject accepting the fact that he is suffering from a mental illness, specifically, that he has a diagnosis of schizophrenia. A person who is resigned to his illness, who seems to accept it because he feels that he has no choice in the matter is not considered to have accepted it in this definition. Furthermore, the subject may be aware that he is suffering or is “abnormal” (awareness of abnormality) with or without accepting the illness.

- **Codification:** There are three categories of codification for this variable: 1 – 0 – 2

1 = *“Accepts the fact that he is diagnosed with schizophrenia”:*

In order to attribute this code, the subject must have generally have accepted his diagnosis of schizophrenia, at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group as indicated by the respondent and/or medical records.

0 = *“Does not accept the fact that he is diagnosed with schizophrenia”:*

In order to attribute this code, the subject must have not accepted his diagnosis of schizophrenia at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group as indicated by the respondent and/or medical records.

2 = *“ambivalence”*: refers to cases where the subject is torn, confused, where he doesn't know whether to accept or not his illness, sometimes accepting and sometimes denying it's existence.

99 = *insufficient information.*

2. Subject's refusal to accept illness and suicidal thoughts/attempts

- Definition**

This variable refers to the subject's suicidal ideations and/or attempts related to the fact that **he does not accept his illness.**

- Codification:** There are two categories of codification for this variable: **1 – 0**

1 = *“Not accepting his illness led him to have suicidal ideations and/or suicide attempts”*

0 = *“Not accepting his illness did not lead him to have suicidal ideations or suicide attempts”*

III. Subject's acceptance of treatment:

- Definition**

This variable refers solely to the subject's acceptance of his illness treatment as prescribed by his family doctor, general practitioner (GP), psychiatrist or other mental health professional. The subject's acceptance is indicated by his **compliance to his prescribed treatment and all that it entails and specifically refers to the subject taking regularly and voluntarily his medication**. A subject who "complies" involuntarily to his treatment because he is forced to by his family or by order of the court is not considered having accepted his treatment.

- **Codification:** There are two categories of codification for this variable : **1 – 0**
1 = "Accepts the illness treatment":

In order to attribute this code the subject must have been adhered to his treatment as indicated by the respondent at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group.

- **0 = "Does not accept the illness treatment":**

In order to attribute this code the subject must have not accepted most aspects of his treatment as indicated by the respondent at the time of his death for the experimental group and at the time of the interview for the control group.

IV. Family's acceptance of subject's illness:

The subject's family includes the mother and the father. The "other" category includes the siblings, wife, husband or any other family members.

- **Definition:**

Refers to the subject's family accepting the fact that the subject is ill, specifically, that he has a diagnosis of schizophrenia.

This variable will be divided **into three categories** of variables for codification purposes:

- "Mother's acceptance of subject's illness"
- "Father's acceptance of subject's illness"
- "Other family members' acceptance of subject's illness"
- **Codification:** There are three categories of codification for each of these three variables: **1 – 0 – 2**

1 = "Accepts the subject's illness":

In order to attribute this code, the parent/other family members must have accepted the subject's diagnosis of schizophrenia, at the time the subject received his diagnosis. This may be demonstrated by his acceptance of the subject's treatment, hospital and medical visits as indicated by the respondent.

0 = "Does not accept the subject's illness":

In order to attribute this code, the parent/other family members must have not accepted the subject's diagnosis of schizophrenia at the time the subject received his diagnosis. This may be demonstrated by a refusal to believe the diagnosis or by rejecting the subject (i.e. not seeing or speaking to the subject after the diagnosis).

2 = "ambivalence": refers to cases where the family member is torn, confused, where he doesn't know whether to accept or not the subject's illness, sometimes accepting and sometimes denying it's existence.

99 = insufficient information.

V. Family's involvement in S's treatment:

- **Definition:**

This variable refers to the family's involvement and support towards S's schizophrenia treatment (including mother, father, siblings, husband, wife, children or others) since he has been ill. This may include taking him to medical appointments, making sure S. is taking his medication, helping him understand his illness, etc. or simply showing support for S's treatment.

- **Codification:** There are two categories of codification for this variable : **1 – 0**

1 = “one or more family members are involved in S's treatment”: In order to determine that the family is involved and supportive of S's illness treatment, one or several family members must have been generally helped him in his illness treatment (e.g. taking him to appointments, etc.)

2 = “no family member is uninvolved in S's treatment”: This refers to cases where the subject is mostly left alone and no family member is involved in S's treatment.

APPENDIX 9

LIFE EVENTS AND DIFFICULTIES SCHEDULE (LEDS),

1. Notes à l'interviewer

Gras Questions obligatoires, elles doivent être posées si l'aspect n'a pas déjà été couvert durant l'entrevue.

Italique : Questions suggérées qui ne sont utilisées que lorsqu'un événement ou une difficulté a été identifiée. Ces questions représentent un aide-mémoire concernant les aspects qui doivent être couverts durant l'entrevue.

- a) Lorsque un événement est identifié, questionnez en détail les incidents factuels qui ont abouti à l'événement ou qui en découlent (exemple : décisions précédant un changement d'emploi ou un mariage) afin d'établir le degré de menace contextuelle. Utilisez le matériel en italique au début des sections pour vous guider.
- b) Voyez à bien établir la date de chaque événement et le lien entre chaque événement et les autres événements ou difficultés.
- c) Rappelez au répondant le cercle de personnes couramment comprises dans la grille (elle-même, conjoint, enfants, père, mère, frères, sœurs, confidents).
- d) Rappelez au répondant la période de temps couverte par l'entrevue.
- e) Adaptez la formulation des questions selon les échantillons et le répondant (enfant, parent, confident).

Référence :

Life Events and Difficulties Schedule (LEDS), Brown, G. W., Harris, T. and Bifulco,

A. (1978, 1988, 1989) Traduction et adaptation de Lemyre, L. (1990)

Le matériel descriptif contenu dans ce volume doit être traité avec la plus grande confidentialité et ne doit être cité sous aucune circonstance sans permission.

Nous sommes intéressés à connaître les conditions de vie de S, c'est à dire ce qui s'est passé d'important dans les douze derniers mois.

Mais tout d'abord, j'aurais besoin de quelques informations de base.

Complétez la feuille de réseau (fiche sociodémographique) :

♦ Numéro du sujet	♦ Nom / âge (des membres du réseau de S)
♦ Prénom du sujet	♦ Lien
♦ Âge	♦ Maisonnée
♦ État civil	♦ Confident / fréquence du contact
♦ Occupation	
♦ Date de décès	
♦ Date d'entrevue	

Maintenant, j'aimerais vous entretenir de la période qui remonte à un an avant le décès de S, soit du _____ au _____.

Je vais vous poser des questions sur des choses majeures qui sont arrivées à S, à vous ou à des personnes proches de S. Il peut aussi s'agir d'événements où S a été impliqué directement. Les personnes proches peuvent être : conjoint de S, enfants, parents, frères, sœurs, autres personnes qui vivaient avec S ou confidents de S.

SECTION 1 – SANTÉ

Dans la dernière année de vie de S, est-ce qu'il ou un membre de son entourage a été malade ? Conjoint, enfant, parent, etc. DATER

Est-ce que S entrevoyait que ça puisse arriver ?

Jusqu'à quel point était-ce sérieux ?

- ♦ Était-ce une urgence ?
- ♦ Qu'a dit le médecin : raison de la maladie, chance de récupérer, perspectives, etc.
- ♦ Était-ce traitable, soins insuffisants, inadéquats ?
- ♦ Est-ce déjà arrivé auparavant ?

Impact sur :

- ♦ Quel a été l'impact sur le travail de S – possibilité de perdre son emploi ?
- ♦ Congé de maladie payé – problème pour obtenir des soins appropriés ?
- ♦ Manifestations, douleurs, symptômes, combien de temps au lit ?

- ◆ Interférence avec les loisirs, passe-temps, plan pour l'avenir ?

Maladie d'autrui seulement :

- ◆ S en doutait-il ?
- ◆ Quelle a été l'implication de S dans la maladie de x ?
- ◆ Soins infirmiers, degré de contagion, danger que x meurt ou reste handicapé ?
- ◆ Changement de comportement de x : colère, irritabilité, ingratitude, blâme, gêne ?

Futur :

- ◆ Quelles étaient les raisons de croire que ça risque d'arriver à nouveau ?
- ◆ Probabilité estimée, conséquences envisagées ?

Dans les douze derniers mois, y a-t-il quelqu'un qui a été admis à l'hôpital ou qui en est sorti ? Est-ce que S pensait que cela risquait d'arriver ? DATER

- ◆ Pour quelle raison ?
- ◆ Urgence ?
- ◆ Anesthésie locale – générale ? Combien de temps ?
- ◆ Problèmes durant le séjour à l'hôpital ? Ajout des questions précédentes, au besoin...

Y a-t-il quelqu'un parmi les proches de S qui est décédé ou qui risquait de décéder au cours de la dernière année ? DATER

- ◆ De quoi ? (se référer aux questions précédentes si nécessaire)
- ◆ Était-ce prévisible ?
- ◆ Combien de fois S voyait cette personne avant et durant sa maladie ?
- ◆ Est-ce que S était présent ?
- ◆ Est-ce que S s'est impliqué, de quelle façon ?
- ◆ Est-ce que S a eu à reconforter les affligés ?
- ◆ Problèmes face aux arrangements funéraires ou au testament ?
- ◆ Impact sur la façon de vivre de S après le décès ?

Y a-t-il quelqu'un d'autre que S connaissait qui est décédé ou qui risquait de décéder ? DATER

- ◆ Qui était cette personne ? Depuis combien de temps S connaissait cette personne ?

- ♦ À quelle fréquence S voyait cette personne ?
- ♦ Implication de S autour de l'événement ?

Y a-t-il eu une forme quelconque d'opération chirurgicale du date au date, pour S ou conjoint, famille, confident ? Est-ce que S s'attendait à ce qu'il y ait des opérations au cours de cette période ? DATER

- ♦ Sérieux ? anesthésie générale ? nombre de jours à l'hôpital ? sans travail ? autres conséquences ?

Est-ce que S a reçu - ou s'attendait de recevoir - une mauvaise nouvelle à propos d'une maladie chez quelqu'un ? DATER

- ♦ Quoi, qui, conséquences ?

Y avait-il des problèmes de maladie chronique qui affectait S ou une personne significative pour lui ?

- ♦ Qui, implication pour la personne et pour S.

Exemple : Quelqu'un proche de S ou S lui-même souffrait-il ou risquait-il de souffrir de l'un ou l'autre des troubles suivants :

- ♦ Trouble au niveau de la poitrine
- ♦ Haute pression
- ♦ Trouble cardiaque ou thrombose
- ♦ Varices ou hémorroïdes
- ♦ Asthme
- ♦ Tuberculose
- ♦ Bronchite chronique
- ♦ Trouble du foie ou de la vessie
- ♦ Ulcère d'estomac
- ♦ Autre trouble de l'estomac chronique
- ♦ Trouble du rein ou pour uriner
- ♦ Arthrite ou rhumatisme
- ♦ Trouble nerveux ou désordre mental de quelque nature qu'elle soit
- ♦ Diabète
- ♦ Trouble thyroïdien
- ♦ Blanc de mémoire, perte de conscience ou périodes d'étourdissement
- ♦ Troubles répétés à la colonne vertébrale ou au dos
- ♦ Trouble de peau chronique

- ◆ Hernie ou rupture
- ◆ Épilepsie
- ◆ Migraine
- ◆ Trouble menstruel ou autre trouble gynécologique
- ◆ Trouble par rapport à la contraception

(Qui, quel degré, conséquences, implications pour S ou quelqu'un de ses proches, DATE)

Est-ce que l'un des proches de S lui causait du souci - ou aurait pu lui en causer - pour d'autres raisons ? soit à cause de l'âge (sénilité ou invalidité) ou de problème d'alcoolisme, de drogue, de jeu d'argent, de handicap mental ou autre ?

- ◆ Est-ce que S a eu ou aurait eu à avoir des contacts formels, médicaux ou légaux à cause de ces problèmes ? DATER

S'il y a invalidité chez un enfant, demandez :

- ◆ Difficulté à être reconnu, à obtenir un diagnostic ou de l'aide ?
- ◆ Conséquences pour S, est-ce fréquent dans la famille ?
- ◆ Effet sur son comportement, sa personnalité / performance, classe spéciale, thérapie / cours en surplus.
- ◆ Inquiétude pour le futur (plan quand l'enfant sera grand) ?
- ◆ Impact sur la supervision, soins infirmiers, changements de routine, d'emploi de S, possibilité d'un repos, garde spécialisée ou temporaire, interférence dans la vie sociale, aide particulière autre que celle liée à la thérapie ou l'école, aide provenant des services sociaux / organismes bénévoles, équipements, transformation apportées à la maison, membre d'un groupe d'entraide.
- ◆ Réactions du conjoint, des autres enfants, de l'entourage, stigma.

Depuis date, y a-t-il eu des troubles nerveux dans la famille de S ou parmi ses proches ? Est-ce que S en envisageait ? DATER

Quelqu'un a-t-il eu - ou devait-il - être référé à un psychiatre ou à un psychologue ? être traité en clinique externe, à l'hôpital ou encore dans un bureau de la protection de la jeunesse ? DATER

Et à propos de son conjoint / parents / frères ou sœurs de S ?

- ◆ Type de problème, conséquences, stigma, antécédents, risque ? rôle de S dans le stigma, DATER.

Est-ce que S ou l'un de ses proches a tenté ou qui risquait de se suicider ?

- ◆ Comment, quand, conséquences, antécédents, risque, rôle de S ? DATER

S a-t-il eu un accident de quelque nature que ce soit entre date et date ? Y a-t-il des raisons de croire que S aurait pu craindre qu'il y en ait ? Et par rapport aux proches de S ?

- ◆ Sur la route ou dans la maison ? Comment, quoi, conséquences physiques, financières, etc. DATER

Est-ce que S a été impliqué ou bien témoin, d'un accident de la route ou autre type d'accident ?

- ◆ Jusqu'à quel point était-ce sérieux ? (dommages, blessés, assurances, cour justice)
- ◆ Comment est-ce arrivé ? Jusqu'à quel point s'était impliqué ? DATER

Y a-t-il eu une grossesse dans la famille ou l'entourage de S, est-ce que S en prévoyait une ? DATER

- ◆ Était-ce la première ? Était-elle planifiée ? Réactions du conjoint et de l'entourage ? Question d'avortement ? Impact sur les moyens financiers ou le plan de carrière ? Implication pour le logement ? Complications pour cette grossesse ou d'autres antérieures ? Admission à l'hôpital ? Questions sur les croyances religieuses ou morales ?

Parmi les proches de S, y a-t-il eu une fausse couche ou un avortement ? Est-ce que S en prévoyait ?

- ◆ Marié ou relation stable, âge...

Y a-t-il quelqu'un dans la famille de S ou dans son réseau qui a donné naissance à un enfant ou qui allait le faire pour la période de date à date ? DATER

- ◆ Complications à la naissance ou après...
- ◆ Santé de l'enfant et de la mère, implications pour S, lien...
- ◆ Y a-t-il eu naissance de petits-enfants pour S ?

Y a-t-il quelqu'un qui a perdu un bébé ou qui risquait de le perdre ?

Est-ce qu'une femme parmi les proches de S a tenté de devenir enceinte et a éprouvé des difficultés ?

- ◆ Qui, proximité et implication de S ?

SECTION II – CHANGEMENT DE RÔLE OU DE RELATION

* Pour tout changement ayant trait aux relations interpersonnelles :

Temporaire. Depuis combien de temps ?
 Combien de fois S voyait la personne avant que le changement ne se soit produit ?
 Jusqu'à quel point S faisait des choses avec cette personne ?
 Combien de fois S a vu cette personne après l'événement ?
 Distance ? Contact téléphonique ?
 Comment S et cette personne s'entendaient avant – et après l'événement ?
 Préparation. Évidence de rejet / culpabilité ?
 Augmentation de l'interaction ?
 Comment S s'arrangeait – temps / tension ?

Y a-t-il quelqu'un dans l'entourage de S qui s'est marié - ou qui projetait de le faire - au cours de la période du date au date ? DATER

- ◆ Quand, quand cela a-t-il été décidé, temps que le couple se connaît, quand cela a-t-il été rendu officiel, était-ce attendu, complications ou retards, réactions des proches ?
- ◆ Implication d'un changement d'interaction pour S ?

Y a-t-il quelqu'un dans l'entourage de S qui s'est fiancé - ou qui projetait de le faire - au cours de la dernière année ? DATER

- ◆ Quand, quand cela a-t-il été décidé, temps que le couple se connaît, quand cela a-t-il été rendu officiel, était-ce attendu, complications ou retards, réactions des proches ?
- ◆ Implique un changement d'interaction pour S ?

Y a-t-il quelqu'un proche de S qui a pris sa retraite ou qui prévoyait le faire ? DATER

- ◆ Était-ce attendu ? Quels changements cela a produit ? \$, routine, dépendance sur S ?

Est-ce quelqu'un de l'entourage de S a passé proche de vivre une séparation au cours de la dernière année de vie de S ?

- ◆ Est-ce que S était impliqué, si oui en quoi ? Était-ce prévu ?

Est-ce que S a vécu une séparation ou a songé à le faire ? DATER

- ◆ Quelles étaient les circonstances : raisons, préparatifs, anticipation, qui a quitté, forcé de partir, quelqu'un d'autre d'impliqué, relation alternative d'un autre conjoint ?
- ◆ Côté financier / habitation, garde des enfants, leurs réactions...
- ◆ Séparation amicale / harcèlement / violence. Réactions de la famille.
- ◆ Avis légaux, quand, arrangements sur l'entretien de la propriété...
- ◆ À quelle fréquence S voyait son ex-conjoint ?